



2013

Drogues et addictions,

données essentielles



Drogues et addictions,

données essentielles

Contributions

Drogues et addictions, données essentielles est un ouvrage collectif de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Sous la direction de Maud Pousset

Responsable du projet : Julie-Émilie Adès

Comité éditorial : Julie-Émilie Adès, Agnès Cadet-Taïrou, Aurélie Lermenier, Carine Mutatayi, Christophe Palle, Maud Pousset, Marie-Line Tovar

Coordination éditoriale et rédactionnelle : Julie-Émilie Adès et Aurélie Lermenier

Auteurs : Tanja Bastianic, Anne-Claire Brisacier, Agnès Cadet-Taïrou, Sayon Dambélé, Cristina Díaz Gómez, Michel Gandilhon, Emmanuel Lahaie, Olivier Le Nézet, Aurélie Lermenier, Magali Martinez, Maitena Milhet, Carine Mutatayi, Ivana Obradovic, Christophe Palle, Maud Pousset, Marie-Line Tovar

Plusieurs textes de cet ouvrage ont été rédigés en s'appuyant sur *Drogues et dépendances, données essentielles*, sous la direction de Jean-Michel Costes, dont les auteurs étaient : Agnès Cadet-Taïrou, Dominique Lopez, Hélène Martineau, Ivana Obradovic, Christophe Palle et Laure Vaissade.

Repères méthodologiques : Aurélie Lermenier

Chronologie et textes législatifs : Anne de l'Eprevier

Conception graphique : Frédérique Million

Remerciements pour leurs conseils et leur relecture :
Stéphane Bahrami (Université de Versailles-Saint Quentin-en-Yvelines), Christian Ben Lakhdar (Université catholique de Lille), Henri Bergeron (Centre national de la recherche scientifique - Centre de Sociologie des Organisations - Chaire santé de Sciences Po), Olivier Cottencin (Faculté de médecine de Lille - Centre hospitalier régional universitaire de Lille), Bruno Falissard (Institut national de la santé et de la recherche médicale U669 - Hôpital Paul-Brousse), Marc Gény (Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants), Emmanuelle Godeau (Institut national de la santé et de la recherche médicale U1027 - Service médical du Rectorat de l'académie de Toulouse), Michel Hamon (Université Pierre et Marie Curie - Institut national de la santé et de la recherche médicale), Fabien Jobard (Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales - Centre national de la recherche scientifique), Serge Karsenty (Faculté de Droit université de Nantes - Centre national de la recherche scientifique), Marie-José Parent (Service commun des laboratoires du ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie), Olivier Phan (Institut national de la santé et de la recherche médicale U669 - Centre Pierre Nicole), Olivier Roussel (Institut de recherche criminelle de la Gendarmerie nationale), Frank Zobel (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies),
Membres du collège scientifique de l'OFDT.

Ainsi qu'à :
Kathia Barbier (Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales - Institut Émilie du Châtelet), François Beck (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Tiphaine Canarelli (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), Jean-Michel Costes (Observatoire des jeux), Virginie Duthey (OFDT), Ruth Gozlan (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), Marie-Claire Guidotti (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), Catherine Hill (Institut Gustave Roussy), Nathalie Joannard (Direction générale de la santé), Brice Lepetit (Direction de la sécurité sociale), Michel Massacret (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), Stanislas Spilka (OFDT).

 ISBN : 978-2-11-128270-4

Avant-propos

Drogues et addictions, données essentielles paraît au moment où la Mission interministérielle de lutte contre la drogues et la toxicomanie (MILDT) élabore, en lien avec les administrations concernées et tous ses partenaires, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Il s'agit là d'un ouvrage clé permettant d'étayer les travaux en cours sur la mise en place d'une politique intégrée de prévention et de lutte contre les addictions, fondée sur des données scientifiquement validées. En effet, la mise en place d'une politique publique efficace ne peut se faire qu'avec une connaissance précise du phénomène et une perception fine des évolutions en cours.

Cet ouvrage dresse un bilan rigoureux et complet de l'action menée sur l'ensemble des champs de la drogue et des conduites addictives, tout en faisant la synthèse des dernières données épidémiologiques.

Depuis 20 ans, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies joue un rôle incontestable de vigie pour les pouvoirs publics, les professionnels du secteur et plus largement pour les citoyens intéressés par ces questions, dans la mesure où l'approche globale mise en œuvre par cet observatoire permet de faire connaître et de partager un état des lieux de diverses problématiques complexes d'ordre épidémiologique, sanitaire, social, ou légal. Les travaux qu'il mène en lien avec son collège scientifique et qu'il réalise souvent en collaboration avec d'autres organismes constituent ainsi une référence sur l'état des connaissances sur ces sujets.

Cette nouvelle édition qui rassemble les travaux les plus récents est donc un élément majeur du diagnostic à partir duquel seront construits les axes de la réponse publique et leur traduction en objectifs opérationnels dans le cadre du prochain plan gouvernemental. Elle constitue en effet pour l'ensemble des acteurs une aide essentielle au pilotage et à l'évaluation de

la politique publique. Elle contribue également à la création d'une culture commune préalable à la mise en œuvre d'actions interministérielles ambitieuses.

Drogues et addictions, données essentielles aborde pour la première fois des éléments de nature budgétaire en estimant de façon synthétique l'effort consacré par l'État et l'Assurance maladie à cette politique publique.

Il me revient d'indiquer que ces données sont détaillées chaque année dans un document de politique transversale (DPT) piloté par la MILDT, qui rassemble les 28 programmes ministériels concourant par leurs actions et leurs financements à la réussite de cette politique interministérielle – qu'il s'agisse de la prévention, de la prise en charge sanitaire et sociale, de la lutte contre le trafic, de la formation et de la recherche ou de l'action internationale.

Je tiens ici à féliciter les auteurs de *Drogues et addictions, données essentielles* pour le travail considérable qu'ils ont accompli et je souhaite que cet ouvrage de référence soit une aide précieuse pour tous les décideurs publics.

Danièle Jourdain-Menninger

Présidente de la Mission interministérielle
de lutte contre la drogue et la toxicomanie

Préface

Voilà 20 ans que l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) s'emploie à mettre à la disposition des pouvoirs publics, des professionnels et des citoyens une information scientifiquement validée, claire et accessible sur les drogues et les addictions.
L'Observatoire remplit cette mission à travers la diffusion de ses travaux (résultats d'études, publications périodiques, site Internet…) au premier rang desquels figurent ses ouvrages de synthèse publiés régulièrement. Même si ceux-ci ont récemment porté sur des produits spécifiques – *Cannabis, données essentielles* publié en 2007 et *Cocaïne, données essentielles* paru l'an dernier – l'ensemble du champ a été à plusieurs reprises l'objet de ces travaux collectifs.

Drogues et addictions, données essentielles constitue le sixième exercice du genre. Il est construit en conjuguant trois types d'approches : via les thématiques transversales (consommations, conséquences sanitaires, judiciaires, prévention, marchés…), à travers le cadre légal et enfin grâce aux différents focus sur les produits. Sur le fond, cet état des lieux s'inscrit dans la droite ligne de ses prédécesseurs dont il partage la même finalité : restituer de manière objective et rigoureuse la réalité du phénomène des addictions de façon pluridisciplinaire et en s'adressant à un large public.

La permanence du dessein et du format ne doit pourtant pas masquer la richesse des apports de cette nouvelle édition. Ceux-ci sont de deux ordres. Le premier tient aux améliorations du système d'information sur les drogues que l'OFDT a grandement contribué à développer depuis la fin des années 1990. Il permet d'avoir aujourd'hui un aperçu beaucoup plus complet qu'auparavant sur les évolutions des consommations dans l'ensemble de la population comme chez les usagers réguliers, en particulier de drogues illicites. Dans le même temps, la perception des espaces de consommations et l'expertise sur les produits se sont sensiblement affinées à l'instar de celles concernant les trafics et les modes d'approvisionnement. D'autres organismes, dans certains cas en partenariat avec

l'OFDT, ont apporté des contributions décisives à ces progrès en matière de compréhension. Ce document s'efforce de se faire l'écho de toutes ces contributions aux connaissances.

Si le contenu du rapport de l'OFDT est pour une large part renouvelé, c'est en second lieu, que le paysage des addictions a lui-même connu d'importants bouleversements au cours des années 2000. L'émergence des nouveaux produits de synthèse, l'essor de l'herbe de cannabis et de sa culture, l'expansion de nouveaux profils d'usagers de substances illicites sont autant d'éléments neufs. De même que le développement des comportements d'alcoolisation intensive des plus jeunes ou des pratiques concernant les achats de tabac, sans oublier en filigrane le rôle croissant d'Internet, qui bouscule les formes classiques d'approvisionnement et permet à de nouveaux acteurs de s'imposer, sont à prendre en considération. Enfin, le spectre de notre observation s'est élargi, puisque pour la première fois cet ouvrage se penche sur la thématique des addictions sans produit à travers les jeux de hasard et d'argent et leur usage problématique.

Cet ouvrage de l'OFDT est l'occasion d'analyser tous ces points et plus largement de dresser un panorama actualisé des addictions. Un exercice d'autant plus indispensable que les compréhensions s'affinant mais les problèmes se diversifiant, la nécessité pour chacun de s'appuyer sur un socle commun de connaissances n'a peut-être jamais été aussi forte. *Drogues et addictions, données essentielles* a pour ambition de participer à la consolidation de ce savoir partagé.

Dr Maud Pousset
Directrice de l'Observatoire français
des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Sommaire

6 - Les dépenses publiques

7 - Marchés

8 - Cadre légal

9 - Tendances par produit

Annexes

Guide de lecture

Drogues et addictions, données essentielles est divisé en chapitres qui peuvent être lus indépendamment les uns des autres. Ce choix éditorial permet d'aller rechercher des informations sur une question sans avoir nécessairement besoin de lire l'ensemble de l'ouvrage. Un système de renvoi offre à chacun la possibilité d'explorer ce livre à sa façon. Cette organisation a conduit, dans certains cas, à accepter de faire figurer les mêmes informations dans des parties différentes de l'ouvrage.

Afin de permettre une lecture plus aisée du rapport, quatre types de renvois ont été utilisés :

[1]	renvoie à une référence bibliographique en fin de rapport et repérable par le numéro entre [ ]
(Tableau 1)	renvoie à un tableau, graphique ou encadré situé dans la même fiche
voir chapitre 1.1	renvoie à un autre chapitre
Repères méthodologiques	renvoie à la description détaillée en annexe des sources utilisées

Il n'y a pas de renvoi systématique dans le texte aux termes du lexique. La signification des sigles est en principe explicitée lorsqu'ils apparaissent pour la première fois dans une fiche. Il est cependant toujours possible de se reporter à la liste des sigles figurant à la fin de l'ouvrage.

Présentation - définitions et concepts

Drogues et addictions, données essentielles fournit un état des lieux sur les phénomènes liés aux comportements addictifs en France. Ce tableau de la situation actuelle est réalisé à partir de données objectives, tirées d'enquêtes et d'études validées selon des critères scientifiques. Cet ouvrage rassemble les résultats des travaux de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et des autres organismes producteurs de données (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Institut de veille sanitaire, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, etc.) mobilisés sur cette question. Il a été entièrement rédigé par les équipes de l'OFDT.

Cette publication a pour ambition d'être accessible au plus grand nombre tout en conservant une approche scientifique de la mesure des phénomènes exposés. Elle présente les données et les indicateurs les plus récents, fait apparaître les principales tendances d'évolution en précisant les sources des données et leurs limites d'interprétation.
Cette publication fait suite à la parution de cinq autres ouvrages de synthèse[1] .

Organisation de la publication

Le rapport est structuré en trois parties, précédées d'une synthèse, et comporte plusieurs annexes (lexique, chronologie, repères législatifs, bibliographie, etc.).

1. OFDT, *Drogues et toxicomanies : Indicateurs et tendances*, éditions 1995, 1996, 1999 et 2002. OFDT, *Drogues et dépendances, données essentielles*, Paris, La Découverte, 2005, 202 pages.

La première partie traite l'ensemble des questions permettant de décrire le phénomène des addictions en France : les consommations de drogues dans la population française, les perceptions et opinions des Français en la matière, les usagers et les contextes d'usages des drogues illicites, les problèmes sanitaires et sociaux, la prévention, la réponse pénale, les dépenses publiques et enfin, les marchés des drogues licites et illicites. L'approche est transversale dans cette partie : les données relatives aux différents produits sont confrontées dans chaque thème.

La deuxième partie présente les principales dispositions législatives et réglementaires adoptées en France dans le domaine des drogues licites et illicites ainsi que pour les jeux de hasard et d'argent.

Enfin, la troisième partie fournit l'état des connaissances produit par produit (classés par ordre alphabétique) : alcool, cannabis, cocaïne et crack, hallucinogènes, héroïne et autres opiacés, MDMA et amphétamine, médicaments psychotropes, nouveaux produits de synthèse, poppers et solvants, tabac. Elle se conclut avec un chapitre sur une addiction sans produit : les jeux de hasard et d'argent.

En fonction de la disponibilité des données et de leur comparabilité, la situation française a été mise en parallèle autant que possible avec celle des autres pays européens.

SOURCES D'INFORMATION UTILISÉES

Toutes les sources d'information utilisées dans le rapport sont décrites dans une annexe méthodologique. Elles peuvent être regroupées en grandes catégories : enquêtes quantitatives en population générale, statistiques administratives, enquêtes spécifiques auprès des usagers et dispositifs d'observation et de veille.

L'état des lieux fourni dans ce rapport est largement dépendant des sources de données et de ce qu'elles permettent d'observer. Le cloisonnement des systèmes d'information (entre drogues licites et illicites), l'ambivalence des sources (indicateur du phénomène et/ou de l'action d'une institution) et le manque de données dans certains domaines sont les principales limites à souligner.

Par ailleurs, la focalisation sur les populations d'usagers de drogues ne doit pas faire oublier que celles-ci sont des sous-groupes plus ou moins restreints de la population française.

Définitions et concepts

Champ d'observation

Par convention, dans cet ouvrage, le terme drogues (ou produits psychoactifs ou encore substances psychoactives) comprend les drogues licites et illicites, à l'exclusion des produits dont l'usage problématique est exceptionnel (café, chocolat, etc.).

Les drogues licites incluent les substances telles que l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes (hypnotiques/anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques et psychostimulants). Les drogues illicites regroupent les produits stupéfiants (sauf lorsqu'ils sont consommés dans un cadre thérapeutique) et certains produits non classés comme stupéfiants mais qui sont détournés de leur usage normal (colles, solvants, médicaments…) ou qui n'ont pas de statut juridique clair (nouveaux produits de synthèse).

Cet ouvrage aborde aussi un comportement potentiellement addictif sans usage de substances, les jeux de hasard et d'argent, une thématique dans laquelle l'OFDT s'est investi ces dernières années. En revanche, la question des produits dopants n'est pas traitée, le parti pris de ce document de synthèse étant de se limiter au champ d'étude de l'observatoire.

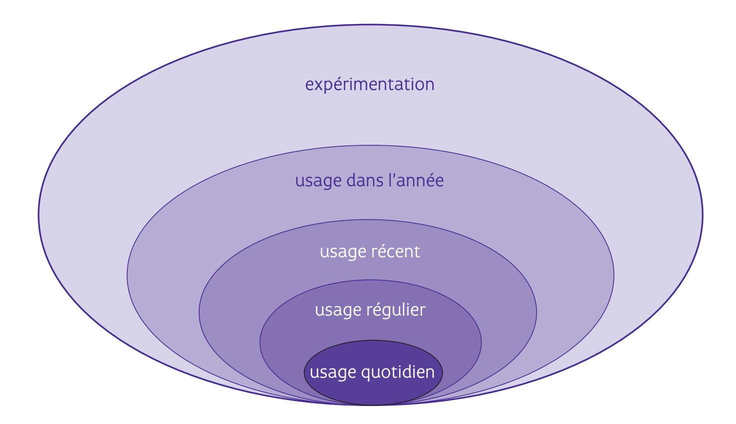
Comportements d'usage observés

Les consommations de substances psychoactives peuvent varier dans leur fréquence. Dans cet ouvrage, la consommation pourra être qualifiée d'expérimentation, d'usage dans l'année, d'usage régulier ou d'usage quotidien :

- l'expérimentation : avoir consommé au moins une fois le produit au cours de la vie. Cette notion illustre davantage la diffusion du produit dans une société que de réels niveaux d'usage ;
- l'usage dans l'année correspond à une consommation au moins une fois dans l'année écoulée ;
- l'usage régulier correspond à 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours ;
- l'usage quotidien correspond à une consommation renouvelée chaque jour ;
- dans certains cas, les notions d'usage récent (consommation au moins une fois dans les 30 derniers jours) et d'usage répété (au moins 10 usages dans l'année mais moins de 10 fois dans le mois) sont également utilisées.

Ces catégories sont inclusives les unes des autres : les consommateurs quotidiens sont inclus dans la catégorie des consommateurs réguliers, eux-mêmes inclus dans celle des consommateurs dans l'année qui forment une partie des expérimentateurs (graphique 1).

Graphique 1- Catégories d'usage de substances psychoactives mesurées dans les enquêtes auprès de la population française



Source : OFDT

Concernant les jeux de hasard et d'argent, on parle dans cette publication de joueurs dans l'année, et de joueurs actifs regroupant les joueurs réguliers et dépensiers :

- joueur dans l'année : a joué au moins une fois au cours des 12 derniers mois ;
- joueur actif : a joué au moins 52 fois au cours des 12 derniers mois (joueur régulier) et/ou a misé au moins 500 euros au cours des 12 derniers mois (joueur dépensier) ; le joueur actif est donc soit un joueur régulier, soit un joueur dépensier, soit les deux.

C'est au sein de la population des joueurs actifs que l'on a pu estimer le nombre de joueurs à risque modéré et de joueurs excessifs formant le groupe des joueurs problématiques.

En matière de comportements, deux diagnostics cliniques sont actuellement distingués : l'usage nocif (ou abus) et la dépendance. Ces distinctions sont communément admises dans le milieu scientifique international et

reposent sur des définitions médicales (Classification internationale des maladies (CIM 10) de l'Organisation mondiale de la santé et Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV) de l'Association américaine de psychiatrie). La cinquième version du DSM, à paraître en mai 2013, devrait voir disparaître ces deux diagnostics au profit de celui d'« addiction ».

L'usage nocif (ou abus) est entendu comme une consommation ou un comportement qui implique, ou peut impliquer, des dommages de nature sanitaire, sociale ou judiciaire. Ils peuvent dépendre de contextes particuliers (conduite automobile, grossesse) et être causés à l'usager lui-même ou à un tiers. Par définition, les concepts d'usage nocif et d'abus impliquent une répétition du comportement.

La dépendance est entendue comme un comportement psychopathologique présentant certaines caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales au-delà de la seule dépendance physique. Les principaux critères contribuant à sa définition sont : le désir compulsif du produit, la difficulté à contrôler la consommation, la prise du produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter la dose pour atteindre les mêmes effets qu'auparavant et la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur.

Ces définitions internationales, élaborées dans une perspective clinique, sont difficiles à transposer dans des enquêtes qui n'offrent en général pas le cadre adéquat pour établir un diagnostic d'abus ou de dépendance. Il est par contre possible d'intégrer dans ces enquêtes des courtes séquences de questions qui permettent de dépister les personnes ayant un usage problématique, c'est-à-dire « un usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui ». Des critères d'identification des problèmes rencontrés ou de comportements d'usage susceptibles d'induire des dommages ont donc été sélectionnés. Ils sont maintenant introduits sous forme de questions dans les enquêtes menées par l'OFDT sur les consommations de drogues et les pratiques de jeu. Le terme d'usage problématique englobe donc ceux d'abus et de dépendance. C'est un concept moins précis que ces notions et surtout pertinent si l'on étudie des populations de consommateurs et non pas des individus.

Synthèse

Christophe Palle

Drogues et addictions, données essentielles aborde l'ensemble des domaines relatifs aux drogues licites et illicites : le cadre légal, les consommations, leurs conséquences sanitaires et sociales, les aspects relatifs à l'économie et au marché de ces produits, ainsi que les réponses publiques aux problèmes soulevés par l'usage de ces substances (prévention, soins et application de la loi, ressources publiques et collectives mobilisées). Cette synthèse tente plus spécifiquement de répondre à trois questions clés : qui et combien de personnes consomment des drogues licites ou illicites en France, qu'il s'agisse d'une simple expérimentation ou d'une consommation plus régulière ? Quels sont les consommateurs en difficulté ? Quels sont les dommages tant sanitaires que sociaux et judiciaires liés à ces consommations ? L'ouvrage présente la situation actuelle et les évolutions au cours de la dernière décennie.
Le champ couvert par ce rapport est pour la première fois étendu aux addictions aux jeux de hasard et d'argent.

Combien de personnes consomment des drogues en France ?

Les consommations de l'ensemble de la population française

Le tabac et l'alcool sont les substances psychoactives les plus consommées en France. L'alcool est consommé, au moins occasionnellement, par une très large majorité de Français, et plus régulièrement par plus du quart de la population. Le tabac est lui aussi largement expérimenté. Mais, en raison de différents facteurs, notamment de son fort pouvoir addictif, sa consommation est plus souvent quotidienne que celle de l'alcool et du cannabis : trois Français sur dix fument quotidiennement, alors que l'usage n'est quotidien que pour un Français sur dix pour l'alcool et deux Français sur cent pour le cannabis.

Estimation du nombre de consommateurs réguliers de substances psychoactives parmi les 11-75 ans, en France métropolitaine, 2011

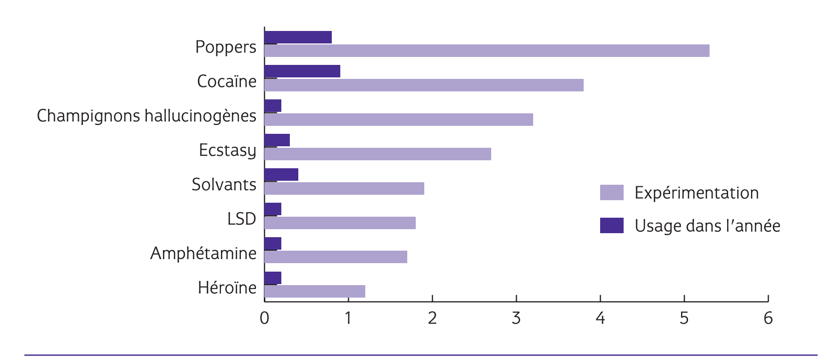
Alcool	8,8 millions
Tabac	13,4 millions
Cannabis	1,2 million

Note : usage régulier = 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours, sauf pour le tabac (usage quotidien)

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES) ; ESCAPAD 2011 (OFDT) ; ESPAD 2011 et HBSC 2010 (OFDT)

Le cannabis est le produit illicite le plus fréquemment consommé. Si 13,4 millions de Français l'ont expérimenté, les consommateurs réguliers sont beaucoup moins nombreux mais représentent néanmoins une importante minorité. L'usage des autres drogues illicites concerne une proportion très faible de la population française. Ainsi, moins de 1 % de la population âgée de 18 à 64 ans a fait usage dans l'année de cocaïne et de poppers. Les chiffres relatifs aux autres substances sont encore plus faibles : moins de 0,5 % pour l'usage d'héroïne dans l'année. Les enquêtes en population générale menées en France, malgré des tailles d'échantillons importantes, ne permettent pas de faire apparaître une prévalence de l'usage régulier des substances illicites autres que le cannabis. D'autres méthodes statistiques ou qualitatives doivent être utilisées pour connaître les populations fortement consommatrices de ces substances illicites qui sont dans cet ouvrage assimilées à des consommateurs à risques ou à problèmes (voir la partie de cette synthèse consacrée aux consommateurs en difficulté).

Estimation du nombre d'expérimentateurs et d'usagers dans l'année de substances psychoactives parmi les 18-64 ans, en France métropolitaine, 2010 (en %)

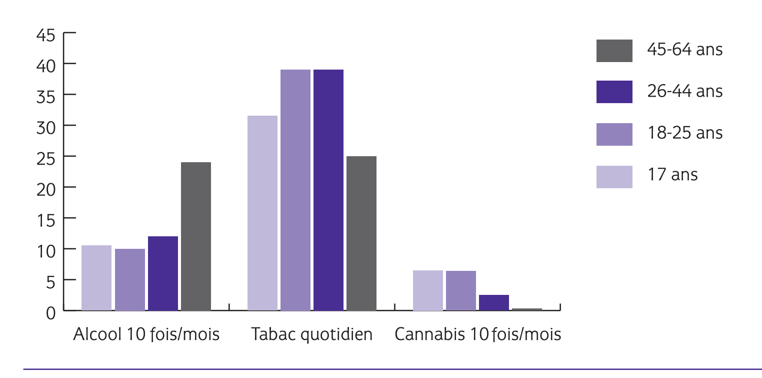


Source : Baromètre santé 2010 (INPES)

Les consommations des jeunes

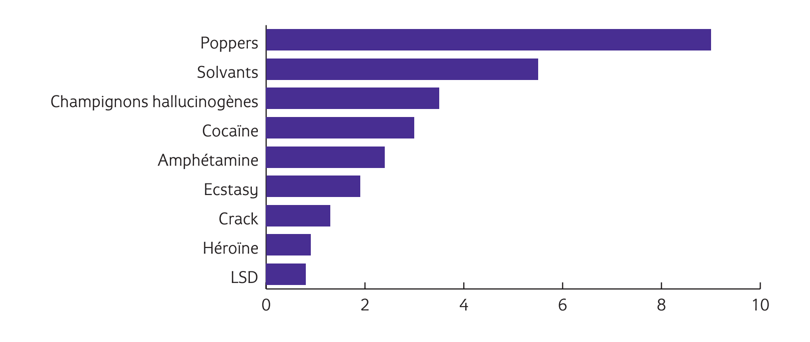
Les consommations des jeunes se différencient de celles de leurs aînés sur deux points principaux : l'importance du rôle tenu par le cannabis et la place des épisodes d'alcoolisations ponctuelles importantes (cinq verres en une seule occasion pour les jeunes, six pour les adultes).

Fréquence de la consommation régulière des trois principaux produits psychoactifs, en France métropolitaine, de 18 à 64 ans (2010) et à 17 ans (2011)



Sources : ESCAPAD 2011 (OFDT) ; Baromètre santé 2010 (INPES)

Fréquence de l'expérimentation de drogues illicites autres que le cannabis à 17 ans, 2011 (en %)



Source : ESCAPAD 2011 (OFDT)

La proportion de consommateurs réguliers de cannabis est deux fois plus importante chez les jeunes de 17 à 25 ans que chez les personnes âgées de 26 à 44 ans. Parmi les personnes âgées de 45 à 64 ans, la consommation régulière de cannabis devient pratiquement inexistante. Les alcoolisations ponctuelles importantes (API) sont incomparablement plus fréquentes chez les jeunes : 53 % d'entre eux déclarent au moins un épisode dans le mois, contre 36 % d'adultes ayant eu un épisode dans l'année. Le tabac est par ailleurs le produit le plus souvent consommé, quelle que soit la classe d'âge, mais tout particulièrement avant 45 ans.

L'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis est un phénomène assez rare. En proportion, celle-ci ne dépasse 3 % des jeunes (âgés de 17 ans) que pour des produits tels que les poppers, les solvants, les champignons hallucinogènes ou la cocaïne.

Des consommations plutôt masculines

Les consommations régulières d'alcool et encore davantage de cannabis concernent nettement plus les hommes que les femmes. Fumer du tabac est en revanche un comportement peu différencié suivant le sexe, alors que l'usage de médicaments psychotropes s'observe beaucoup plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. Chez les jeunes, à 17 ans, les écarts entre les sexes sont plus importants que chez les adultes pour l'alcool et les médicaments psychotropes, et moins importants pour le cannabis et le tabac.

Les évolutions

Les tendances d'évolution des consommations de drogues par l'ensemble des Français et des conséquences diffèrent suivant le produit considéré et la tranche d'âge étudiée. Pour déterminer des évolutions, il faut également fixer une période d'observation. Dans le cadre de cette synthèse, les évolutions sont appréhendées sur une dizaine d'années, c'est-à-dire entre le début des années 2000 et celui des années 2010. Compte tenu des périodicités différentes des enquêtes, il n'est pas possible de délimiter plus précisément la période d'observation.

Les Français décrochent difficilement de la cigarette
La proportion de consommateurs de tabac a augmenté entre 2005 et 2010 parmi la population française âgée de 18 à 75 ans, ce qui constitue la première hausse marquée depuis la loi Évin en 1991. Cette évolution semble surtout liée à l'accroissement de l'usage chez les femmes, notamment celles âgées de 45 à 64 ans. La hausse globale du tabagisme faisant

suite à une baisse au début des années 2000, la consommation de tabac se retrouve en 2010 à peu près au même niveau qu'en 2000. Cette stabilité paraît d'autant plus surprenante que les mesures de hausse des prix et d'interdictions de fumer dans les lieux publics se sont succédé au cours de cette décennie. Face aux augmentations des prix du tabac, les Français ont réagi en se reportant sur les achats de tabac à rouler, en achetant leurs cigarettes dans les pays limitrophes pratiquant des prix moins élevés, ou encore, dans des proportions beaucoup plus faibles, en ayant recours à des circuits d'achats illégaux (marché noir, Internet). Certains indices laissent penser que la prévalence du tabagisme est plutôt orientée à la baisse au début des années 2010 : à la suite des augmentions des prix marquées et répétées dans les années 2008-2012, les ventes de tabac sur le territoire français ont fini par reculer assez nettement en 2012, rompant avec plusieurs années de quasi-stabilité. Une partie de la baisse des ventes a probablement été compensée par une hausse des achats hors des frontières ou des achats illégaux, mais l'Eurobaromètre tabac de 2012 fait apparaître une baisse du pourcentage de consommateurs en France par rapport à 2009. En dépit des limites de cette enquête, la convergence avec l'évolution des ventes est un signe relativement fort d'une tendance à la baisse. Chez les jeunes de 17 ans, le pourcentage de consommateurs quotidiens de tabac a également légèrement progressé à la fin des années 2000, mais reste en 2011 très nettement inférieur à celui du début des années 2000. La proportion d'expérimentateurs de tabac a baissé entre 2002 et 2010 chez les collégiens, que ce soit à 11 ans, 13 ans ou à 15 ans. L'âge d'initiation au tabac a augmenté chez les jeunes : ils fument leur première cigarette plus tardivement à la fin des années 2000 qu'au début de celles-ci.

Moins d'alcool quotidien, plus d'alcoolisations ponctuelles importantes
En ce qui concerne les boissons alcoolisées, la proportion de consommateurs quotidiens, tout comme les quantités d'alcool mises en vente, ont nettement diminué au cours des années 2000, prolongeant ainsi la tendance observée depuis plusieurs décennies. Le rythme de diminution semble cependant avoir ralenti dans la seconde moitié des années 2000. Si la consommation quotidienne est en baisse, les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (cinq à six verres en une seule occasion) se sont développés depuis 2005 (indicateur non disponible auparavant) chez les adolescents de 17 ans et les jeunes adultes. L'augmentation a été particulièrement forte chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans, même si cette pratique reste chez elles encore bien moins fréquente que chez les hommes.

Consommation d'hypnotiques et d'antidépresseurs en baisse

Les données de remboursements font apparaître une baisse des consommations d'hypnotiques et d'antidépresseurs au cours des années 2000. Celles d'anxiolytiques étaient en baisse entre 2002 et 2009, mais ont fortement augmenté en 2010 et retrouvent ainsi à peu près le niveau du début des années 2000. Pour les antidépresseurs, la baisse intervient après 2005, en rupture avec une phase de croissance continue entre 1990 et 2003.

Stabilisation ou légère baisse des usages de cannabis

La proportion de consommateurs de cannabis dans l'année parmi la population âgée de 18 à 64 ans est restée stable au cours des années 2000. Chez les jeunes, la consommation est orientée à la baisse depuis le début des années 2000. C'est ainsi le cas pour l'usage au cours des 12 derniers mois des 18-25 ans et pour l'expérimentation ou l'usage régulier (10 fois dans le mois) chez les jeunes de 17 ans. La prévalence pour ce dernier indicateur a été divisée par deux (de 12 % à 6 %) entre 2002 et 2011. Même si ce mouvement a été moins prononcé entre 2008 et 2011 qu'auparavant, l'évolution au cours des années 2000 est incontestablement orientée à la baisse chez les jeunes. La France n'en demeure pas moins en 2011 le pays avec la plus forte proportion de jeunes consommateurs de cannabis parmi les 36 pays ayant participé à la même enquête sur les consommations des jeunes lycéens en 2011.

Même si le produit est majoritairement consommé dans l'Hexagone sous sa forme résine, l'herbe est de plus en plus prisée des consommateurs. La pratique de l'autoculture a pris de l'ampleur au cours de la dernière décennie : en 2010, 80 000 usagers déclaraient consommer uniquement le produit qu'ils cultivaient pour eux-mêmes. Dans le même temps, comme ailleurs en Europe, des trafiquants investissent dans des productions à grande échelle (cannabis factories) qui se développent sur le territoire.

Diffusion de la cocaïne et émergence des nouveaux produits de synthèse

À la faveur d'une disponibilité croissante et d'une baisse des prix, les usages de cocaïne se sont développés en France au cours des années 2000. La part des 18-64 ans en ayant consommé dans l'année a triplé au cours de la décennie, passant de 0,3 % à 0,9 %. L'évolution est semblable chez les jeunes de 17 ans : la part des expérimentateurs est passée entre 2000 et 2011 de 0,9 % à 3 %. La perception du produit a cependant récemment évolué : les consommateurs prennent davantage conscience des conséquences sanitaires négatives des usages sur le long terme

et le rapport qualité/prix est jugé en dégradation. La concurrence de nouveaux produits moins chers n'est peut-être pas étrangère à cette évolution.

Il existe en effet de nombreux autres produits stimulants. Leur diffusion reste cependant plus restreinte que la cocaïne. Certains sont déjà anciens, comme l'amphétamine et la MDMA (ecstasy). D'autres sont apparus plus récemment. Depuis 2007-2008, un éventail de substances regroupées sous l'appellation nouveaux produits de synthèse (NPS), des stimulants le plus souvent (mais on trouve aussi des cannabinoïdes de synthèse), se propage dans toute l'Europe. Ils sont conçus pour contourner la législation sur les stupéfiants et bénéficient d'Internet comme vecteur commercial. L'explosion du nombre de ces produits (plus de 60 détectés en France depuis 2007) rend leur identification et la lecture des évolutions particulièrement difficiles. La proportion de consommateurs des NPS n'est pas actuellement connue, leurs usages semblant moins répandus en France que dans d'autres pays européens. Portée d'abord par des milieux spécifiques liés au monde de la fête, la consommation de ces produits peut se diffuser parfois plus largement, comme ce fut le cas pour l'ecstasy dans les années 1990 jusqu'au début des années 2000. L'ecstasy paraît en perte de vitesse au début des années 2010 : dans les milieux festifs, sa consommation persiste sous forme de poudre (MDMA) plutôt que de comprimé. La diffusion des amphétamines reste également en France très limitée et semble être restée stable au cours des années 2000.

Un rebond des usages d'héroïne

Après une baisse consécutive à l'émergence des traitements de substitution aux opiacés, l'héroïne a connu une nouvelle phase de diffusion dans les années 2000. Parmi les 15-35 ans, la part de ses consommateurs dans l'année a quasiment doublé entre 2005 et 2010, passant de 0,5 % à 0,9 %. Le pourcentage d'expérimentateurs d'héroïne à 17 ans est en revanche resté stable en tendance sur la période. Les observations ethnographiques de terrain mettent en évidence une augmentation de la disponibilité de l'héroïne dans la seconde moitié des années 2000, celle-ci présentant de très faibles taux de pureté, et l'apparition de nouveaux profils de consommateurs. Il s'agit principalement de personnes bénéficiant d'une meilleure insertion sociale et fréquentant les milieux de la fête. Les variations à la hausse observées pour d'autres données (saisies, décès par surdoses, prises en charge) constituent également des indices concordants d'une augmentation de la diffusion de l'héroïne à partir des années 2002-2003 jusqu'en 2008-2009. Ces données indiqueraient plutôt un plafonnement au tout début des années 2010.

Hallucinogènes, poppers : diffusion dans les milieux de la fête

La consommation de produits hallucinogènes se situe à un niveau très faible, ce qui rend difficile le suivi des évolutions dans l'ensemble de la population. Le développement de l'usage de la kétamine dans le milieu festif est cependant notable. Consommée majoritairement dans les milieux alternatifs techno, elle suscite depuis la fin des années 2000 un intérêt croissant dans des cercles plus larges du milieu festif. Autre produit dont la consommation est très liée aux milieux de la fête, les poppers ont connu un pic de diffusion chez les jeunes à 17 ans au cours des années 2000. Parmi eux, la part des expérimentateurs est en effet passée de 4,5 % en 2003 à 14 % en 2008, pour retomber à 9 % en 2011.

Perceptions et opinions sur les drogues

Réalisée pour la première fois en 1999, une enquête d'opinion, périodiquement répétée, permet de mesurer l'évolution des perceptions et opinions des Français sur les drogues. L'idée qu'une substance psychoactive est dangereuse dès qu'on l'essaye est une opinion partagée par la quasi-totalité des Français pour l'héroïne et la cocaïne, par un peu plus d'un Français sur deux pour le cannabis, quatre sur dix pour le tabac et un sur dix pour l'alcool. Au cours des années 2000, ces opinions ont eu tendance à augmenter pour les substances licites ; elles sont restées stables pour l'héroïne et la cocaïne et ont retrouvé le niveau de 1999 après une assez forte augmentation entre 2002 et 2008 pour le cannabis. Concernant les usagers, les Français considèrent pour 80 % à 90 % d'entre eux que les consommateurs d'héroïne, de cocaïne ou de beaucoup d'alcool sont un danger pour leur entourage. Cette proportion est de 67 % pour les consommateurs de cannabis, en augmentation par rapport à 2008. Seule une minorité de personnes estiment que la consommation d'une de ces drogues peut être assimilée à une maladie : moins d'une sur cinq est de cet avis pour l'héroïne et la cocaïne, une sur dix pour le cannabis, et une sur quatre lorsque la question porte sur ceux qui boivent beaucoup d'alcool. Pour toutes les substances, la part des Français de cet avis a diminué entre 2008 et 2013.

En ce qui concerne les mesures de lutte contre les consommations de substances, les Français approuvent très largement l'interdiction de la vente d'alcool et de tabac aux mineurs (90 %) et l'interdiction de la vente libre de cannabis (78 %). Cependant, six Français sur dix considèrent que l'usage de ce produit pourrait être autorisé sous certaines conditions. Parmi les sanctions et les réponses prévues par la loi en cas d'usage et de détention de cannabis, le principe de l'emprisonnement n'est approuvé que par 36 % des personnes interrogées, alors que l'avertissement ou

le rappel à la loi et les obligations de soins rencontrent l'assentiment de 90 % d'entre elles. Sur la question controversée de l'ouverture des salles de consommation à moindre risque, une majorité (58 %) semble désormais favorable au principe. La question avait été posée avant que la décision d'expérimenter ce type de dispositif ait été prise.

Quels sont les consommateurs en difficulté ?

Les risques et les enjeux d'un usage de drogues ne sont pas les mêmes pour des personnes qui ont essayé une substance une fois dans leur vie, ou qui en consomment très occasionnellement, et celles qui en usent tous les jours en grande quantité. Les addictologues ont établi des critères et des outils de diagnostic permettant de déterminer en situation clinique la présence ou l'absence de troubles des comportements de consommation et de graduer la sévérité de ces troubles. Les épidémiologistes se sont de leur côté efforcés de transcrire cette démarche dans leurs enquêtes afin de différencier une population de consommateurs susceptibles de rencontrer des problèmes en raison de leur consommation de substances. Néanmoins, la difficulté de transposition d'un outil clinique dans une enquête a conduit à intégrer dans les questionnaires des outils de repérage simplifiés qui ne permettent le plus souvent que de distinguer des catégories assez larges de consommations à risques. Les effectifs très faibles, voire inexistants, de consommateurs autres qu'occasionnels de produits illicites tels que la cocaïne ou l'héroïne dans les enquêtes en population générale rend cette démarche difficile ou impossible pour ces substances. D'autres sources d'informations quantitatives (essentiellement des enquêtes auprès des usagers vus dans les structures de prise en charge des usagers de drogues) et qualitatives doivent alors être utilisées pour évaluer un nombre de consommateurs à problèmes pour ces produits et décrire leurs caractéristiques.

Consommations à risques et consommations problématiques

La catégorie de « buveurs à risques chroniques » est définie par une consommation journalière comprise entre trois et sept verres par jour. La part des « buveurs à risques chroniques » parmi les 18-75 ans s'établit à 9 % en 2010, les 18-25 ans étant les plus touchés (14 %). La proportion de cette catégorie de consommateurs a augmenté par rapport à 2005 (+ 7,6 %). Les personnes qui ont une consommation supérieure à 49 verres par semaine, c'est-à-dire qui boivent au moins 7 verres par jour, sont quant à elles classées comme « buveurs à risque de dépendance ». La proportion de buveurs de 18 à 75 ans dans ce cas est en

2010 de 1,2 % (soit environ 520 000 personnes), contre 0,9 % en 2005. Ces prévalences de buveurs à risque sont cependant très certainement sous-estimées en raison d'une tendance à la sous-déclaration dans les enquêtes déclaratives du nombre de verres bus, et également parce que certaines populations fortement consommatrices sont difficiles à toucher dans les enquêtes téléphoniques.

La question de la détermination d'une population de fumeurs à problèmes ou à risques se pose assez peu pour le tabac, qui est presque toujours fumé quotidiennement et expose donc à un risque indéniable. Dès lors, c'est davantage sur une gradation des niveaux de dépendance que l'intérêt a pu se porter. Ceux-ci ont pu être mesurés dans les enquêtes à l'aide du mini-test de Fagerström. Ainsi, en 2010, parmi les 18-75 ans, 35 % des fumeurs quotidiens présentent des signes de dépendance moyenne et 18 % des signes de dépendance forte.

En ce qui concerne le cannabis, des données sur la prévalence de l'usage problématique ne sont disponibles que pour les jeunes. En 2011, au vu des réponses au test de dépistage CAST, 18 % des jeunes de 17 ans ayant consommé du cannabis au cours de l'année présentent un risque élevé d'usage problématique, voire de dépendance (23 % pour les garçons et 13 % pour les filles), ce qui correspond à 5 % de l'ensemble des adolescents de cet âge (7 % pour les garçons et 3 % pour les filles).

En France, la description du noyau des consommateurs réguliers de substances illicites autres que le cannabis nécessite de distinguer plusieurs sous-groupes d'usagers présentant des caractéristiques propres, mais qui ont néanmoins en commun d'être dans la plupart des cas polyconsommateurs. Les consommateurs dépendants aux opiacés suivant un traitement de substitution, vus dans les structures de soins, constituent un premier groupe. Insérés dans un processus de soins, une partie d'entre eux consomme néanmoins plus ou moins régulièrement d'autres produits. Les usagers fréquentant les structures de réduction des risques, le plus souvent consommateurs d'opiacés mais également très polyconsommateurs, souvent injecteurs, et qui présentent fréquemment des troubles psychiatriques associés, en forment un deuxième. Ces usagers sont en moyenne en situation beaucoup plus précaire, notamment en ce qui concerne le logement, que ceux du premier groupe. Les jeunes en errance, très polyconsommateurs, susceptibles d'alterner ou de mélanger les consommations de stimulants, d'hallucinogènes ou d'opiacés, représentent un troisième ensemble. Un quatrième groupe est formé de nouveaux migrants en provenance d'Europe centrale et orientale, consommateurs de médicaments, notamment de buprénorphine haut

dosage (BHD), et utilisant très souvent la voie injectable. Enfin, les usages relativement fréquents de drogues se rencontrent également dans les différents milieux, bien mieux insérés que les populations précédemment évoquées, fréquentant l'espace de la fête. Ces usagers consomment principalement des stimulants, mais aussi des hallucinogènes. Les opiacés sont en général plus occasionnellement utilisés pour gérer les effets des autres produits. Bien entendu, les zones de recoupement entre ces différents groupes existent.

Le dénombrement des usagers fréquentant les structures de soins et de réduction des risques dans un certain nombre de grandes agglomérations permet de réaliser une estimation de la taille de la population d'usagers de drogues à problèmes en France (usagers de drogues par voie intraveineuse ou consommateurs réguliers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines durant l'année). La consommation problématique de drogues chez les 15-64 ans en France concernerait 281 000 usagers (valeur centrale de la fourchette d'estimation : 222 000-340 000) pour l'année 2011, soit en moyenne 7,5 usagers pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans.

Prises en charge

Les consommateurs de substances psychoactives en difficulté avec leur consommation peuvent trouver de l'aide auprès de différents professionnels du soin. Il existe tout d'abord des établissements spécialisés, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), dont la mission principale est d'accueillir ces patients pour un traitement en ambulatoire. Ces établissements médico-sociaux, au nombre de 419 en 2010, ont accueilli environ 133 000 patients pour un problème principal d'alcool et 104 000 pour un problème principal avec les drogues illicites, dont 52 000 avec les opiacés, 38 000 avec le cannabis et près de 7 000 avec la cocaïne. Au cours de la seconde moitié des années 2000, le nombre de patients accueillis a surtout augmenté pour ceux ayant un problème avec l'alcool, les opiacés et le cannabis. Au milieu des années 2000, un effort particulier a été fourni pour renforcer l'accueil des jeunes consommateurs, souvent de cannabis, dans le cadre de consultations jeunes consommateurs (CJC), gérées pour la plupart par des CSAPA. Le nombre de jeunes accueillis dans ce dispositif n'est pas connu avec précision, mais pourrait se situer entre 23 000 et 25 000 personnes en 2010. Il existe également à la fin des années 2000 quarante CSAPA accueillant des patients pour des séjours thérapeutiques résidentiels d'une durée de trois mois – jusqu'à deux ans dans certains cas. En 2010, ces établissements ont accueilli un peu moins de 2 000 patients.

En dehors de ces établissements spécialisés, les patients peuvent également être accueillis dans les hôpitaux généralistes et dans certains hôpitaux psychiatriques. Les données sur les prises en charge dans les hôpitaux ne portent que sur le nombre de séjours en hospitalisation. En 2011, la statistique hospitalière (hors hôpitaux psychiatriques) a enregistré un peu plus de 200 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool. Le nombre de séjours atteint 470 000 lorsqu'on prend également en compte l'alcool en diagnostic associé. Pour les drogues illicites en diagnostic principal, le nombre de séjours est de 6 000. Il existe également un dispositif spécifique comprenant 660 consultations de tabacologie, fonctionnant pour la plupart dans le cadre d'un hôpital. Le nombre de patients accueillis dans ces structures n'est pas connu. À la fin des années 2000, le développement des équipes de liaison en addictologie et des consultations hospitalières en addictologie a été encouragé. Il manque actuellement un système d'information national permettant de faire état de l'activité de ces structures. Il existe également des lacunes dans le recensement des patients pris en charge pour un problème d'addiction vus dans les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie et dans les hôpitaux psychiatriques.

Pour de nombreux patients, le recours de première ligne reste les médecins généralistes de ville. Ceux-ci ont accueilli en 2009 environ 50 000 patients par semaine pour un sevrage alcoolique, 90 000 patients par semaine pour un sevrage tabagique et 110 000 patients dans le mois pour une prescription de traitement de substitution aux opiacés. Les prescriptions pour ces traitements, qui se sont fortement développés en France dans la seconde moitié des années 1990, ont continué d'augmenter dans les années 2000, pour atteindre 171 000 en 2010 (hors prescription en milieu carcéral), dont les deux tiers de BHD et un tiers de méthadone.

Quels sont les dommages liés à ces consommations ?

Les dommages sanitaires liés au tabac et à l'alcool

Le tabac est le produit psychoactif provoquant les conséquences sanitaires les plus importantes sur le plan collectif. Les pathologies principalement liées au tabac sont les cancers des voies pulmonaires et aérodigestives supérieures, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires. Le tabagisme est considéré comme responsable d'environ

73 000 décès par an, soit plus d'un décès sur sept. Cette mortalité touche principalement les hommes (81 %), mais décroît pour ces derniers depuis le milieu des années 1990 alors qu'elle progresse rapidement, sur la même période, pour les femmes, suivant en cela, avec un décalage temporel, les évolutions constatées sur les consommations.

L'alcool est directement à l'origine d'un certain nombre de pathologies telles que la cirrhose du foie et le syndrome d'alcoolisation fœtale. Il est également impliqué plus ou moins directement dans la survenue d'un grand nombre d'autres dommages : cancers des voies aérodigestives supérieures, maladies de l'appareil circulatoire (coresponsabilité du tabac pour ces deux groupes de pathologies), cancer du foie, névrite optique, polynévrite, troubles psychiques, accidents (route, domestique, travail), rixes et suicides. Le nombre de décès annuels attribuables à l'alcool en France est évalué à 49 000 pour l'année 2009. Comme pour le tabac, ces décès sont très majoritairement masculins.

Le nombre de décès attribuables à l'alcool et au tabac a été calculé en utilisant les dernières connaissances sur les risques relatifs de décès chez les consommateurs de tabac et d'alcool, ce qui conduit pour les deux substances à des chiffres plus élevés que ceux précédemment publiés. Ces augmentations sont la conséquence de changements méthodologiques et non pas de l'augmentation de la mortalité liée au tabac et à l'alcool. Pour suivre l'évolution de ces indicateurs, il est préférable de se limiter à une cause de mortalité pour laquelle chaque produit est le principal facteur de risque. Dans le cas du tabac, c'est la mortalité par cancer du poumon qui peut être utilisée et, pour l'alcool, la mortalité par cirrhose du foie. Les taux de mortalité pour les cancers du poumon ont continué à baisser au cours des années 2000 chez les hommes et ont augmenté chez les femmes. Les taux de mortalité par cirrhose ont poursuivi leur baisse chez les hommes comme chez les femmes. Ces évolutions sont cependant pour une part importante la conséquence de baisses des consommations remontant à plusieurs années, ce décalage étant variable suivant les maladies.

Les dommages sanitaires liés aux drogues illicites

Les données sur les dommages liés aux drogues illicites sont beaucoup plus rares que pour les substances licites. Les effets à long terme liés à une consommation chronique sont notamment peu connus, en raison à la fois d'un développement de ces consommations relativement récent, du caractère par définition plus caché et clandestin des usages de ces substances, et du nombre qui reste limité de consommateurs, en

tout cas incomparablement plus réduit que pour les produits licites. La comparaison des données de mortalité doit en particulier tenir compte de ce problème.

Contrairement à d'autres substances illicites, le cannabis n'est pas à l'origine de surdoses mortelles. Les consommateurs de cette susbtance peuvent néanmoins rencontrer un certain nombre de problèmes. L'intoxication aiguë au cannabis se traduit de façon plus ou moins importante selon la dose absorbée et la tolérance développée par le sujet par une augmentation des temps de réaction et des troubles de la coordination motrice, avec dans certains cas des attaques de panique et des hallucinations. La consommation de cette substance est à l'origine de 175 à 190 décès annuels par accidents de la route. La consommation chronique peut conduire à un désintérêt pour les activités quotidiennes, des difficultés de concentration et de mémorisation (« syndrome amotivationnel ») et un déclin des capacités d'apprentissage. Dans certains cas, l'usage régulier de cette substance peut favoriser l'apparition de troubles psychiatriques, notamment la survenue de schizophrénies. Il existe également des présomptions sur l'implication du cannabis dans les cancers pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures, et certaines pathologies vasculaires. Ces différentes manifestations sont relatées dans plusieurs études publiées mais il n'existe pas de données en France permettant d'en mesurer l'ampleur et d'en suivre les évolutions.

Les personnes, en général polyconsommatrices, qui utilisent de façon régulière des opiacés et d'autres substances, comme la cocaïne, s'exposent à des risques de surdoses. Après une forte réduction au cours des années 1990, le nombre de décès par surdose a de nouveau augmenté à partir de 2004 pour atteindre un nombre de 392 en 2010. Plusieurs produits sont souvent impliqués dans ces décès mais les plus représentés sont les opiacés. Les maladies infectieuses (VIH, VHC, VHB), principalement transmises à la suite de partages de matériel d'injection, constituent une autre grande catégorie de risques pour les usagers de drogues injectables. La prévalence du VIH parmi les usagers de drogues ayant déjà utilisé la voie intraveineuse a continué de chuter au cours des années 2000, passant ainsi de 11 % en 2004 à 7 % en 2010. En ce qui concerne le virus de l'hépatite C, sa prévalence déclarée continuait à augmenter jusqu'au début des années 2000 mais les données plus récentes recueillies auprès d'usagers injecteurs font apparaître une tendance à la baisse dans la seconde moitié des années 2000. Ainsi, chez les usagers injecteurs de moins de 25 ans, la prévalence déclarée du VHC est passée de 23 % en 2006 à 8 % en 2010.

Les dommages sociaux et les problèmes judiciaires liés à l'alcool et aux drogues illicites

Les dommages sociaux liés aux consommations d'alcool ou de drogues illicites sont encore mal documentés. Néanmoins, certains constats existent. Les consommateurs d'alcool ou de drogues illicites en traitement se caractérisent par des conditions sociales plus précaires que celles de l'ensemble de la population française. On peut également établir un lien entre consommation problématique d'alcool et de drogues illicites et exclusion sociale, la nature de ce lien restant complexe à décrire.

Sur le plan judiciaire, les principaux problèmes rencontrés sont, d'une part, les infractions relatives à l'usage et au trafic de stupéfiants et, d'autre part, les délits routiers liés à l'alcool. En 2010, on comptabilise près de 157 300 interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, dont 86 % concernent des délits d'usage, principalement de cannabis. En 2010, les tribunaux ont prononcé 28 000 condamnations pour infraction d'usage et 21 800 pour infraction liée au commerce de stupéfiants (détention-acquisition, transport, import-export ou offre-cession). La sanction dans les condamnations pour usage simple est une peine d'amende dans un peu plus de la moitié des cas, une peine d'emprisonnement ferme (avec sursis total ou partiel) dans un tiers des cas. L'emprisonnement ferme sanctionne dans près de 90 % des cas les condamnations pour infractions liées au commerce de stupéfiants. Des mesures alternatives aux poursuites sont prononcées pour une grande partie des personnes interpellées pour usage simple ne faisant pas l'objet d'une condamnation. La part de ces mesures dans les réponses aux affaires d'usage de stupéfiants a augmenté entre 2001 et 2007 (de 55 % à 75 %), pour régresser légèrement ensuite (70 % en 2010).

Près de 290 300 infractions de sécurité routière liées à l'alcool ont été constatées en 2011, dont 171 600 délits routiers et 118 600 infractions passibles d'amende. Le nombre de ces infractions a fortement augmenté entre 2001 et 2007 et s'est stabilisé ensuite. Avec près de 152 600 condamnations en 2011, les infractions de sécurité routière aggravées par l'alcool représentent plus de la moitié des condamnations pour infractions en matière de circulation routière et presque un quart de l'ensemble des condamnations en France. Ces condamnations sont assorties d'une peine d'amende dans la moitié des cas, d'une peine d'emprisonnement ferme dans près de 40 % des cas et de peines de substitution (ou d'autres peines) dans un peu plus de 10 % des cas. Le délit de conduite après avoir fait usage de stupéfiants a été créé en

2003. En 2011, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 25 400 délits de ce type, et les tribunaux ont prononcé 16 260 condamnations. La répartition suivant le type de peine pour les stupéfiants est à peu près la même que celle décrite ci-dessus pour l'alcool.

Jeux de hasard et d'argent et joueurs problématiques

Près d'un Français sur deux déclare avoir joué de l'argent au cours de l'année écoulée. Un joueur sur cinq a joué au moins 52 fois et/ou a misé au moins 500 euros. Il s'agit six fois sur dix d'hommes. Les jeux de tirage et de grattage, c'est-à-dire ceux qui nécessitent le moins d'apprentissage, sont les plus pratiqués.

La prévalence du jeu excessif en France a pu être estimée pour la première fois en 2010 : elle s'établit à 0,4 % de la population des 18-75 ans, soit environ 200 000 personnes. Celle des joueurs à risque modéré s'élèverait à 0,9 % (soit approximativement 400 000 personnes), pour un total de 1,3 % de joueurs problématiques. Ces joueurs sont en moyenne plus jeunes, plus précaires et moins diplômés que la moyenne.

Consommations et opinions

1

1.1
Niveaux de consommation de substances psychoactives et évolutions

Marie-Line Tovar

Quelles sont les substances psychoactives consommées en France et par combien de personnes ? Les caractéristiques des consommateurs diffèrent-elles selon le produit ? Existe-t-il des différences régionales ? Comment évoluent les pratiques d'usage de ces substances ? Les éléments présentés ici permettent de cerner l'ampleur des usages dans la population française et de comparer les produits les uns par rapport aux autres.

Combien de personnes consomment des substances psychoactives en France ?

Les produits les plus consommés

Les enquêtes en population générale, menées sur des échantillons représentatifs d'adolescents et d'adultes, permettent de donner des estimations du nombre de consommateurs de substances psychoactives dans l'ensemble de la population (tableau 1).

Pour tous les types d'usage, ce sont les produits licites, l'alcool et le tabac ainsi que les médicaments psychotropes, qui demeurent les substances les plus consommées en France.

Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs (en millions) de substances psychoactives parmi les 11-75 ans, 2011

	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac	Méd. psycho-tropes*
Expérimentateurs	13,4 M	1,5 M	1,1 M	500 000	44,4 M	35,5 M	16 M
dont usagers dans l'année	3,8 M	400 000	150 000	//	41,2 M	15,8 M	11 M
dont usagers réguliers	1,2 M	//	//	//	8,8 M	13,4 M	//
dont usagers quotidiens	550 000	//	//	//	5,0 M	13,4 M	//

// : non disponible
Définitions :
Expérimentation = au moins un usage au cours de la vie, usage dans l'année = au moins un usage au cours de l'année, usage régulier = au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien et consommation de cannabis au moins 10 fois au cours du mois et au moins 120 fois au cours de l'année.
* Pour les médicaments psychotropes l'estimation concerne les 18-75 ans.

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2011 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (service du rectorat de Toulouse)

La consommation d'alcool est ancrée dans la culture française : neuf individus sur dix en ont consommé au moins une fois dans leur vie et plus de huit sur dix au cours de la dernière année. En revanche, seule une minorité en déclare un usage régulier ou quotidien (graphique 1).

Cependant, de nouveaux comportements d'alcoolisation, notamment dans les tranches d'âge les plus jeunes, se confirment, se traduisant par une augmentation des épisodes d'ivresse, des consommations à risque (au sens de l'AUDIT-C) et de l'alcoolisation ponctuelle importante (API). Définie par la prise d'au moins six verres pour les adultes et cinq pour les adolescents en une même occasion, l'API concerne au cours du mois écoulé 36,4 % des adultes en 2010 et 53,2 % des jeunes de 17 ans en 2011.

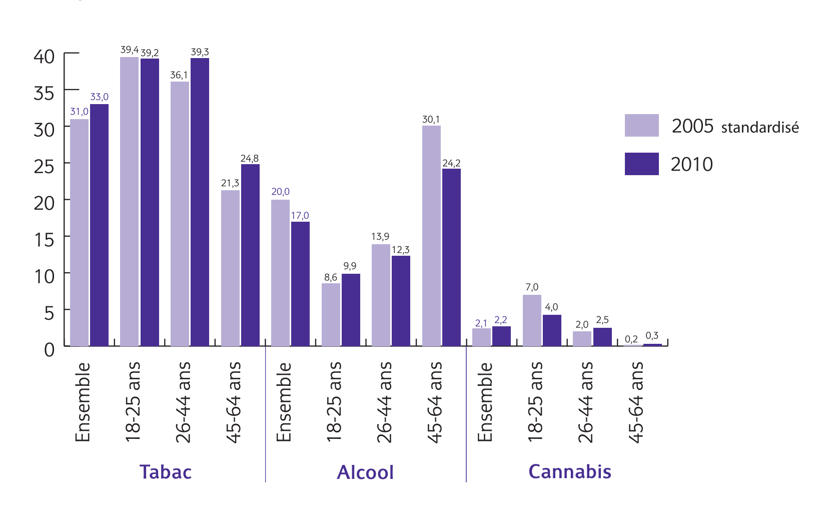
En raison de son potentiel addictif très élevé, le tabac obéit dans la plupart des cas à une règle du « tout ou rien ». La majorité des expérimentateurs ne fument plus mais ceux qui ont continué sont, pour la plupart, des consommateurs quotidiens, dont le nombre est estimé en 2011 à 13,4 millions parmi les 11-75 ans (tableau 1).

Les médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, thymorégulateurs et neuroleptiques) ont été expérimentés par 16 millions de Français de plus de 18 ans [128], parmi lesquels 11 millions en ont eu au moins un usage au cours de l'année.

Un Français sur dix (10,4 %) a pris des anxiolytiques dans l'année, 6,3 % des somnifères et 6,2 % des antidépresseurs. La consommation de médicaments psychotropes touche également les adolescents : en 2011, 15 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir pris des anxiolytiques au cours de leur vie, 11 % des hypnotiques et 5,6 % des antidépresseurs.

Le cannabis est de très loin la substance psychoactive illicite la plus consommée en France. Près de 13,4 millions des 11-75 ans l'ont expérimenté, parmi lesquels près d'un tiers en a fait usage au moins une fois dans l'année. Le nombre de consommateurs réguliers est de l'ordre de 1,2 million, dont la moitié d'usagers quotidiens.

Graphique 1- Fréquence de l'usage régulier d'alcool et de cannabis et quotidien de tabac parmi les 18-64 ans, 2005-2010 (en %)



Remarque : Les données 2005 et 2010 ont été redressées sur les données de population correspondant à l'époque de l'enquête. Les données de 2005 (standardisé) ont été recalculées à partir des critères de redressement utilisés en 2010.

Source : Baromètre santé 2005 et 2010 (INPES, exploitation OFDT)

Graphique 2 - Évolution des niveaux d'usage du tabac, de l'alcool et du cannabis entre 2000 et 2011 à 17 ans, en métropole (en %)

Source : Enquêtes ESCAPAD (OFDT)

Les produits plus rares

Pour tous les autres produits, les ordres de grandeur sont bien plus faibles. L'expérimentation sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population. Concernant les produits illicites, elle est marginale (tableau 4). Ainsi, cocaïne, ecstasy et héroïne ne sont consommées que par une petite minorité de Français : 1,5 million de personnes âgées de 11 à 75 ans ont pris de la cocaïne au moins une fois au cours de leur vie, au moment de l'enquête. La diffusion du produit est donc environ dix fois inférieure à celle du cannabis. Le nombre de personnes ayant expérimenté l'ecstasy est estimé à 1,1 million ; il est de 500 000 individus pour l'héroïne (tableau 1). L'usage au cours de l'année, encore plus rare parmi les 18-64 ans, concerne surtout les poppers et la cocaïne (400 000 individus en ont fait usage dans l'année).

Quelques différences apparaissent entre les expérimentations des adultes et celles des jeunes de 17 ans (tableau 2), ces derniers étant plus nombreux à avoir déjà consommé au moins une fois au cours de leur vie des produits à inhaler, des poppers, des champignons hallucinogènes, des amphétamines et du crack. À l'exception des poppers et des

produits à inhaler (respectivement 9,0 % et 5,5 %), l'expérimentation de substances illicites en dehors du cannabis concerne tout au plus 5 % des jeunes Français de cet âge.

Tableau 2 - Fréquence de l'expérimentation et de l'usage dans l'année (en %)

	Expérimentation chez les 18-64 ans (1)	Usage au cours de l'année chez les 18-64 ans (1)	Expérimentation à 17 ans (2)
Poppers	5,3	0,8	9,0
Cocaïne	3,8	0,9	3,0
Champignons hallucinogènes	3,2	0,2	3,5
Ecstasy/MDMA	2,7	0,3	1,9
Colles et solvants	1,9	0,4	5,5
LSD	1,8	0,2	1,3
Amphétamines	1,7	0,2	2,4
Héroïne	1,2	0,2	0,9

Sources : (1) Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT) ; (2) ESCAPAD 2011(OFDT)

Caractéristiques démographiques des consommateurs

Des consommations différentes suivant le sexe

L'usage de substances psychoactives diffère beaucoup suivant le sexe des consommateurs. D'une manière générale, il concerne plutôt les hommes. Le caractère masculin des consommations est habituellement d'autant plus marqué que les usages sont intensifs.

Ainsi, parmi les 18-64 ans, les hommes sont trois fois plus nombreux que les femmes à déclarer consommer de l'alcool de façon régulière (25,9 % contre 8,5 %) et près de quatre fois plus pour le cannabis (3,4 % contre 0,9 %). Ces écarts sont identiques chez les adolescents de 17 ans.

Le tabagisme est en revanche un comportement sexuellement peu différencié (tableau 3) [12]. En 2010, un tiers des 18-64 ans fument quotidiennement (36,5 % des hommes et 29,9 % des femmes). La proportion

de fumeurs quotidiens est à peine plus faible en 2011 chez les jeunes de 17 ans : 32,7 % chez les garçons et 30,2 % parmi les filles.

Les médicaments psychotropes sont la seule catégorie de produits pour lesquels les femmes sont plus consommatrices que les hommes : 22,9 % contre 13,4 % d'usages dans l'année. Ce phénomène est identique chez les jeunes filles de 17 ans, qui rapportent des consommations supérieures à celles des garçons.

Tableau 3 - Fréquence de l'usage régulier d'alcool et de cannabis et quotidien de tabac chez les 18-64 ans en 2010 et à 17 ans en 2011 (en %)

	Adultes (2010)			Adolescents (2011)		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Alcool	25,9	8,5	17	15,2	5,6	10,5
Tabac	36,5	29,9	33	32,7	30,2	31,5
Cannabis	3,4	0,9	2,2	9,5	3,4	6,5

Note : l'usage régulier est défini comme étant 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours (ou fumeurs quotidiens)

Sources : Baromètre santé 2010 (INPES), ESCAPAD 2011 (OFDT)

Quel est le nombre d'usagers problématiques d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines ?

Parmi les usagers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines, certains peuvent être considérés comme des usagers problématiques, en référence à des consommations pouvant induire une rencontre avec le système socio-sanitaire ou judiciaire.
D'après la définition mise en place par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), il s'agit des usagers de drogues par voie intraveineuse ou des consommateurs réguliers d'opiacés, de cocaïne ou d'amphétamines durant l'année.

Le croisement de différentes méthodes et sources [183] permet d'estimer la consommation problématique de drogues chez les 15-64 ans en France à 281 000 usagers (valeur centrale de la fourchette d'estimation : 222 000 - 340 000) pour l'année 2011, soit en moyenne 7,5 usagers pour 1 000 habitants de 15 à 64 ans.
Pour la période 2005-2010, en Europe, la consommation problématique de drogues se situe probablement entre 1 et 12 cas pour 1 000 habitants de 15-64 ans (de Chypre à 1,5 pour 1 000 habitants à la Lettonie à 12,3 pour 1 000 habitants [89]).

Pour les autres substances, illicites et plus rarement consommées, les hommes de 18-64 ans sont toujours plus nombreux que les femmes à faire état d'une expérimentation, en particulier pour le LSD, l'ecstasy et les champignons hallucinogènes (tableau 4) [12]. La même tendance s'observe chez les jeunes : les fréquences d'expérimentation déclarées par les filles de 17 ans sont toujours inférieures à celles des garçons, mais avec des écarts moindres que chez les adultes indiquant probablement une évolution générationnelle [222].

Des consommations variables suivant l'âge et la génération

La consommation régulière d'alcool s'accroît fortement avec l'âge et, lorsqu'elle est quotidienne, elle concerne plus souvent des personnes de 45 ans et plus. À l'inverse, celles de tabac et de cannabis sont plus fréquentes chez les jeunes adultes, touchant plus particulièrement les 18-44 ans pour le tabac et les 18-25 ans pour le cannabis ; elles diminuent ensuite au cours de la vie (tableau 4). La consommation de médicaments psychotropes augmente au fur et à mesure que l'âge avance, et ce régulièrement pour les femmes jusqu'à 55-64 ans et pour les hommes jusqu'à 45-54 ans.

Pour les substances plus rares, l'expérimentation concerne surtout les plus jeunes et diminue ensuite avec l'âge ; elle est quasiment inexistante après 55 ans (tableau 4) [12]. L'usage au cours de l'année est aussi plus fréquent chez les moins de 35 ans et quasi inexistant au-delà.

Chez les collégiens de moins de 15 ans, la consommation régulière d'alcool ou de cannabis et la consommation quotidienne de tabac est très rare. À 15 ans, celle du tabac concerne 18,9 % des jeunes, tandis qu'elle atteint 8,5 % pour l'alcool et 2,9 % pour le cannabis [221].

À 16 ans, 23 % ont une consommation quotidienne de tabac en 2011 (17 % en 2007). La consommation régulière d'alcool touche 14 % des jeunes de 16 ans, une proportion stable depuis 2007, et celle de cannabis 5 % des adolescents, en hausse par rapport à 2007 (4 %) [218].

L'usage des autres substances illicites s'avère peu répandue parmi les 15 ans et moins. Parmi les 16 ans, 10,0 % déclarent avoir expérimenté au moins une substance illicite autre que le cannabis : les plus couramment utilisées étant les solvants et les produits à inhaler.

L'âge de l'expérimentation varie également selon le produit. Celui de la première cigarette, de la première ivresse et de l'initiation au

cannabis est plus aisé à déterminer que le moment précis du premier verre d'alcool (qui peut être consommé très tôt, à l'occasion d'une fête de famille par exemple). Ainsi, chez les jeunes de 17 ans ayant déjà consommé ces produits, le tabac est celui expérimenté le plus précocement, 14,1 ans en moyenne, tandis que l'âge moyen de la première ivresse et de l'initiation au cannabis est plus élevé d'un an (respectivement 15,2 ans et 15,3 ans).

Tableau 4 - Expérimentation de substances psychoactives selon l'âge entre 18 et 64 ans, en 2010 (en %)

	Ensemble	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Poppers	5,3	10,8	7,9	6,6	2,4	0,5	7,2	3,4
Cocaïne	3,8	6,0	7,6	3,7	2,2	0,6	5,5	2,2
Champignons hallucinogènes	3,2	4,9	6,7	3,0	1,9	0,5	4,9	1,6
Ecstasy	2,7	4,2	6,8	2,5	0,7	0,1	4,0	1,4
Colles et solvants	1,9	2,7	3,2	2,2	1,4	0,3	2,7	1,1
LSD	1,8	2,1	3,4	1,4	1,3	0,9	2,7	0,9
Amphétamines	1,7	2,1	3,1	1,2	1,4	1,2	2,2	1,3
Héroïne	1,2	1,4	2,1	1,5	1,1	0,2	1,9	0,6

Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

La polyconsommation : prédominance de l'usage régulier d'au moins deux produits

En population adulte, l'existence d'une consommation régulière et cumulée des trois principaux produits psychoactifs, à savoir l'alcool (au moins 3 verres dans la semaine), le tabac (quotidien) et le cannabis (au moins 10 usages au cours du mois), est avérée dans les enquêtes auprès des populations fréquentant les centres de soins ainsi qu'auprès des populations spécifiques fréquentant les espaces festifs. En population générale, moins de 1 % de la population (0,7 %) est concerné par cette polyconsommation des trois produits. L'usage

régulier et cumulé d'au moins deux d'entre eux touche 8,6 % des 18-64 ans. Parmi les différentes combinaisons, c'est l'association alcool-tabac qui est la plus fréquente (6,7 %), suivie par celle cannabis-tabac (1,2 %), la consommation conjointe cannabis-alcool étant plus rare (0,04 %).

Disparités géographiques

En France

Les consommations de substances psychoactives sont inégalement réparties entre les régions de France métropolitaine que ce soit au niveau des adultes ou des jeunes de 17 ans. De plus les disparités géographiques constatées dans ces deux populations ne sont pas identiques.

En 2010, l'usage quotidien d'alcool chez les adultes apparaît plus fréquent en régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées, et moins courant en région parisienne ainsi qu'en Picardie, Champagne-Ardenne et Lorraine. L'usage du cannabis au cours de l'année est supérieur à la moyenne en Île-de-France, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur, et moindre en Pays de la Loire, Limousin, Bourgogne, Picardie, Nord - Pas-de-Calais, Alsace et Lorraine. Toujours parmi les adultes, l'usage quotidien de tabac est plus fréquent en Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur et moins courant en région parisienne, Rhône-Alpes et Pays de la Loire [11].

À 17 ans, les niveaux d'usage de substances psychoactives ne sont pas non plus uniformes sur l'ensemble du territoire. En 2011, ce sont dans les régions Basse-Normandie, Bretagne, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur que l'usage quotidien de tabac est le plus répandu. Seule la région Île-de-France se distingue par un tabagisme plus rare.

L'usage régulier d'alcool est plus répandu en Bretagne, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne et dans le sud : Aquitaine, Midi-Pyrénées, Auvergne et Rhône-Alpes. À l'inverse, il apparaît moins fréquent dans le Nord - Pas-de-Calais, la Haute-Normandie, l'Alsace et en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Toujours parmi les adolescents de 17 ans, l'usage régulier de cannabis est plus fréquent dans le sud-est : Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, et aussi Auvergne et Midi-Pyrénées, et moins fréquent en Pays de la Loire, Haute-Normandie et Lorraine.

En Europe

En matière de consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois chez les adultes, la France se situe à un niveau inférieur à la moyenne européenne (17 % contre 24 %). Pour le tabac, elle est dans la moyenne pour l'usage actuel (quotidien et occasionnel) [226], mais fait partie des pays d'Europe les plus expérimentateurs et consommateurs de cannabis [89].

La consommation de médicaments psychotropes en France est l'une des plus importantes d'Europe. En 2010, selon les données de production et de vente déclarées par les États, la France arriverait en deuxième position après la Belgique pour les hypnotiques, tandis que, pour les anxiolytiques, elle serait en sixième position après le Portugal, la Belgique, l'Espagne et plusieurs pays du centre de l'Europe [188].

En revanche, hormis le cannabis, elle ne se distingue pas particulièrement pour les drogues illicites consommées en Europe (amphétamines, ecstasy, cocaïne) [89].

En 2011, les collégiens et lycéens de 15-16 ans déclarent des niveaux un peu plus élevés que la moyenne européenne pour l'usage récent de tabac et d'alcool (respectivement 6e et 9e position sur 36 pays), ainsi que pour l'alcoolisation ponctuelle importante (12e position). S'agissant des niveaux d'usage récent de cannabis, la France est en première position. Elle se situe aussi parmi les pays de tête pour les autres drogues illicites chez les jeunes scolarisés (2e rang) [117].

Principales évolutions

Mesurées dans les enquêtes en population générale adulte depuis les années 1990, les consommations régulières d'alcool sont depuis cette période en baisse continue chez les 18-75 ans (de 16 % en 2005 à 12 % en 2010) [12, 19]. À l'inverse, chez les jeunes, à la fin de l'adolescence, la consommation régulière d'alcool, après une baisse continue entre 2003 et 2008, est repartie à la hausse et concerne 10,5 % des 17 ans en 2011, contre 8,9 % en 2008 [16, 156, 222].

Les épisodes d'ivresse au cours de l'année ont quant à eux augmenté, passant de 15 % en 2005 à 19 % en 2010 chez les 18-75 ans, et de 8,6 % à 10,5 % entre 2008 et 2011 chez les jeunes de 17 ans.

Les consommations à risques (ponctuels et chroniques, issus de la classification de l'Audit-C) connaissent aussi une hausse significative chez les adultes de 18-75 ans.

L'alcoolisation ponctuelle importante (API) reste globalement stable parmi les adultes, mais ce comportement est en hausse notable chez les femmes de 18 à 25 ans (de 30 % à 42 % entre 2005 et 2010). La proportion de jeunes ayant adopté ce type de consommation est également en nette progression. En 2011, 53,2 % des jeunes de 17 ans sont concernés, contre 48,7 % en 2008 et 45,8 % en 2005.

Concernant l'usage quotidien du tabac au sein de la population française, il augmente sensiblement, alors qu'il était auparavant orienté à la baisse. En 2010, il touche 30 % des adultes de 18 à 75 ans (+ 2 points par rapport à 2005) et 31,5 % des jeunes de 17 ans en 2011 (+ 2,6 points par rapport à 2008). Cette augmentation des consommations quotidiennes se retrouve surtout chez les femmes (de 23 % à 27 %), et plus précisément celles âgées de 45 à 64 ans (+ 6 points). Les quantités consommées quotidiennement sont en revanche en baisse sur la période, de 15,3 cigarettes en moyenne en 2005 à 13,8 en 2010.

Entre 2005 et 2010, la proportion d'usagers au cours de l'année de médicaments psychotropes a augmenté, passant de 15,1 % à 18,3 %. Cette hausse se retrouve aussi bien chez les hommes que chez les femmes ; chez ces dernières, elle s'explique principalement par l'évolution des usages des femmes de 55 à 75 ans. Les prévalences relatives aux adolescents de 17 ans sont pour leur part en baisse entre 2008 et 2011.

Le nombre d'expérimentateurs de cannabis a augmenté au cours de la période récente chez les 18-64 ans, mais il s'agit d'un effet mécanique : les générations qui ont commencé à consommer largement du cannabis dans les années 1980 et 1990 sont encore présentes dans le « stock » des expérimentateurs. Leur nombre ne peut donc qu'augmenter, les nouvelles générations ne faisant que s'additionner aux précédentes [12, 19].

La consommation de cannabis chez les adultes s'avère par ailleurs stable : les autres formes d'usage n'ont en effet pas progressé entre 2005 et 2010. Parmi les jeunes de 17 ans, les proportions de consommateurs, quels que soient les types d'usage, sont en baisse continue depuis 2002.

Même si l'usage des autres produits reste marginal à l'échelle de la population française, certains ont connu une diffusion croissante au cours des années 2000 parmi les adultes : la cocaïne, les drogues de

synthèse telles que l'ecstasy et les amphétamines, et l'héroïne, dans une moindre mesure. L'expérimentation de la cocaïne a plus que doublé entre 2000 et 2010, passant de 1,7 % à 3,8 % parmi les 18-64 ans. L'héroïne a quant à elle connu une période de stabilité, suivie d'une augmentation entre 2005 et 2010 (1,8 % contre 1,5 %). Chez les plus jeunes, l'expérimentation est globalement orientée à la baisse sur la période 2008-2011 [222].

Repères méthodologiques

Baromètre santé ; ESCAPAD ; ESPAD ; Eurobaromètre alcool ; Eurobaromètre tabac ; HBSC ; NEMO ; OEDT.

1.2
Opinions et perceptions sur les drogues

Marie-Line Tovar, Tanja Bastianic

Afin de mieux cerner l'attitude des populations vis-à-vis des drogues, l'étude des opinions vient compléter la mesure des consommations. L'Enquête sur les représentations, opinions, perceptions sur les produits psychotropes (EROPP), menée à quatre reprises depuis 1999, permet de faire le point sur les appréciations des Français vis-à-vis des produits, de leurs usagers et des grandes orientations de la politique publique sur une période de près de quinze ans. Ce chapitre reprend quelques points clés relatifs à ces questions dans l'enquête de 2013 [185].

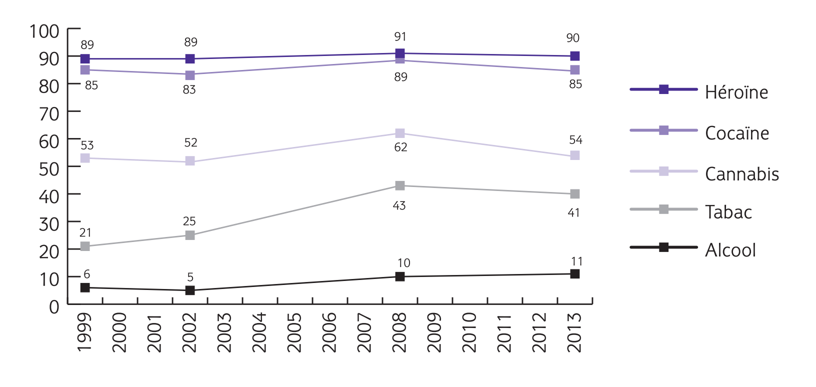
Augmentation de la dangerosité perçue des produits licites dans les années 2000

Depuis 1999, l'enquête EROPP interroge les Français sur leur perception de la dangerosité de différents produits à divers « stades » de la consommation (expérimentation, consommation occasionnelle, régulière…). La quasi-totalité des Français (neuf sur dix) considèrent l'héroïne et la cocaïne comme dangereuses dès le premier usage (graphique 1). La proportion de personnes partageant cette opinion n'a pas sensiblement varié depuis 1999. En ce qui concerne le cannabis, un Français sur deux (54 %) partage cet avis sur la dangerosité dès l'expérimentation, proportion qui, après une nette augmentation en 2008, retrouve le niveau observé en 1999 et 2002 [15, 67, 68].

Les substances licites sont perçues comme dangereuses dès l'essai par une minorité de Français : 41 % pour le tabac et 11 % pour l'alcool.

Graphique 1- Évolution de la perception de la dangerosité des drogues dès l'expérimentation, 1999-2013 (en %)

« Pourcentage de personnes jugeant que la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, d'héroïne et de cocaïne est dangereuse pour la santé dès l'expérimentation »



Note de lecture : en 2013, 11 % des Français considèrent que l'alcool est dangereux dès son expérimentation.

Source : Enquêtes EROPP (OFDT)

Après avoir doublé entre 1999 et 2008, ces proportions sont restées pratiquement inchangées entre les deux dernières enquêtes. Ces substances apparaissent surtout dangereuses au stade de l'usage quotidien. Ainsi, 47 % des Français pensent que c'est le cas pour le tabac et 74 % pour l'alcool. Toutefois, pour le tabac, la perception, qui était en baisse entre 2002 et 2008, de 73 % à 44 %, est en légère hausse en 2013.

Globalement, sur l'ensemble de la période, c'est donc surtout la perception des dangers associés à l'expérimentation des produits licites qui semble avoir été modifiée.

Des usagers souvent jugés dangereux par leur entourage

Déjà interrogés en 2008 sur leurs représentations des consommateurs d'héroïne, de cocaïne, de cannabis et de ceux qui boivent beaucoup d'alcool, les Français l'ont été à nouveau en 2013 (graphique 2).

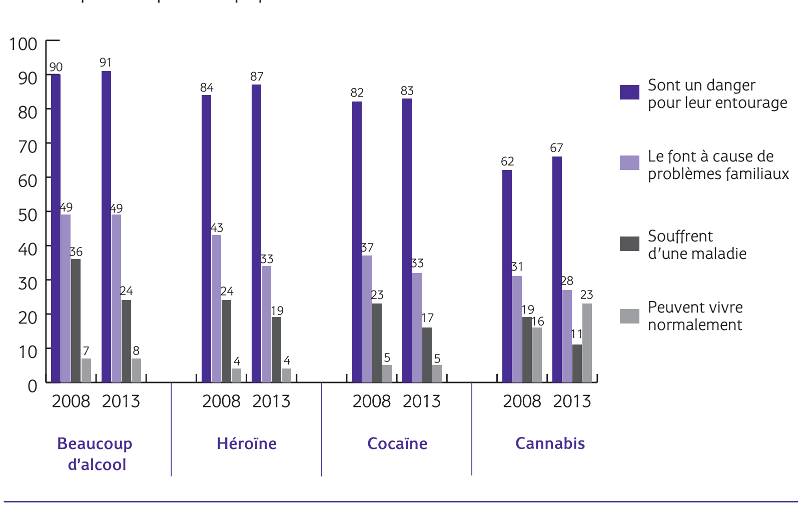
Pour chacun des produits, une majorité de personnes estiment, comme lors de l'enquête précédente, que les usagers peuvent être « un danger

pour leur entourage ». Les proportions d'interviewés partageant cette opinion sont en augmentation pour tous les produits, mais la hiérarchie générale n'est pas modifiée. Cet avis continue à être le plus largement partagé à propos des usagers qui boivent beaucoup d'alcool (91 %). Viennent ensuite les opinions à propos des consommateurs d'héroïne (87 %) puis de ceux de cocaïne (83 %).
Un durcissement est notable concernant la représentation des usagers de cannabis : 67 % des Français estiment qu'ils sont dangereux pour leur entourage, alors qu'ils étaient 62 % en 2008.

La proportion de Français qui considèrent que les usagers souffrent d'une maladie est en recul, quelle que soit la substance examinée, tout comme le pourcentage de ceux qui pensent que l'usage s'explique par des problèmes familiaux. Plus encore qu'en 2008, les Français semblent refuser d'exonérer les usagers de leur « part de responsabilité ». Dans le cas de consommation excessive d'alcool, néanmoins, la moitié des Français adhèrent à l'explication de la consommation par les problèmes familiaux, proportion restée stable entre les deux enquêtes.

Graphique 2 - Représentations relatives aux consommateurs de drogues en 2008 et 2013 (en %)





Source : Enquêtes EROPP (OFDT)

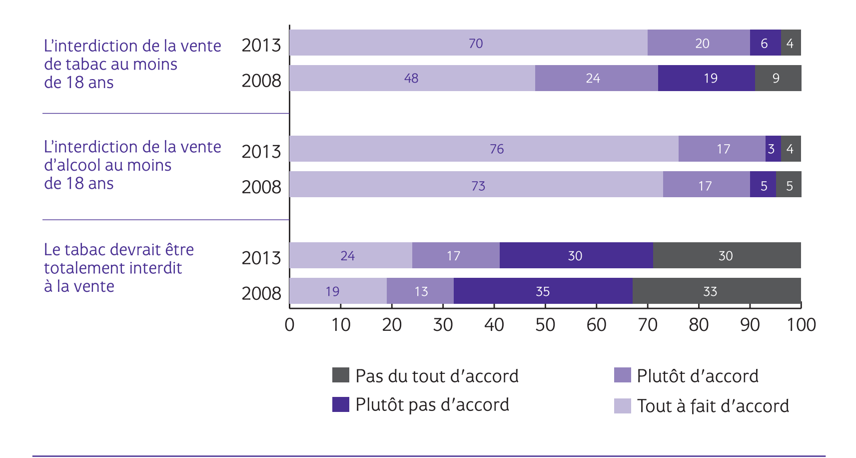
Les opinions des Français sur les politiques publiques

Depuis le premier exercice d'EROPP en 1999, les Français ont été questionnés sur les principes généraux des politiques publiques en matière de produits psychoactifs. Quelques résultats de l'enquête réalisée en 2013 concernant les produits licites, le cannabis et les mesures de réduction des risques permettent de cerner l'état et les évolutions des opinions.

Mesures concernant l'alcool et le tabac

La loi Hôpital, patients, santé et territoires adoptée le 21 juillet 2009 (loi n° 2009-879, dite HPST) interdit la vente de tabac et de boissons alcoolisées aux mineurs. L'interdiction totale de vente est passée de 16 ans à 18 ans pour les deux produits. Les résultats des deux dernières enquêtes EROPP permettent de mesurer l'adhésion à cette mesure et l'évolution de l'opinion à la suite de l'adoption de la loi. Une large majorité de Français est favorable à l'interdiction de vente de l'alcool et du tabac aux mineurs (respectivement 93 % et 90 %), proportion plus forte qu'en 2008 pour le tabac (72 %), et stable pour l'alcool (graphique 3).

Graphique 3 - Opinions des Français sur les politiques publiques en matière de tabac et d'alcool en 2013 (en %)



Source : EROPP 2013 (OFDT)

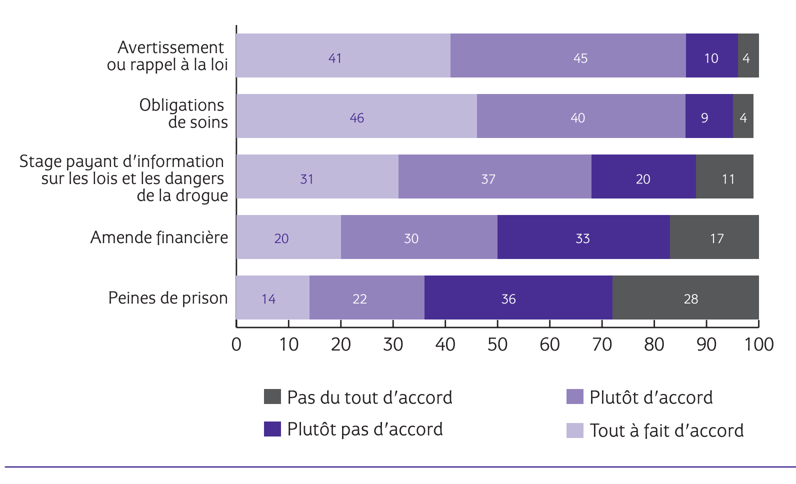
Comme en 2008, il était demandé dans l'enquête de se prononcer sur le principe extrême d'une interdiction totale de la vente de tabac. La part des Français en faveur de cette hypothèse reste minoritaire (41 %), mais progresse nettement depuis 2008 (32 %).

Mesures concernant le cannabis

Lorsqu'ils sont interrogés sur les réponses prévues par la loi concernant les personnes interpellées pour usage ou détention de cannabis (graphique 4), les Français adhèrent davantage (86 %) à celles qui orientent vers les soins (obligations de soins) ou qui se limitent à un rappel à la loi. Une large majorité approuve le dispositif de stage de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants (68 %), prévus pour les usagers occasionnels de stupéfiants non dépendants dans le but de les dissuader de récidiver (voir chapitre 8.3). La possibilité prévue par la loi d'une amende financière divise l'opinion en deux parts égales (50 %) et un tiers adhère à l'idée de peines de prison (36 %).

Questionnés en 2013 sur différentes propositions concernant le cannabis, six Français sur dix estiment que l'on pourrait autoriser son usage sous certaines conditions (seulement les usagers majeurs) et l'interdire sous d'autres (avant de conduire ou pour les mineurs), contre trois sur dix

Graphique 4 - Adhésion des Français aux sanctions prévues en cas d'usage ou de détention de cannabis, en 2013 (en %)



Source : EROPP 2013 (OFDT)

en 2008. L'évolution est donc très nette. Cependant, une large majorité de Français continue d'être opposée à la vente libre de cannabis (78 %), proportion qui s'est toutefois un peu effritée puisqu'ils étaient 85 % à partager cette opinion en 2008. Entre les deux derniers exercices de l'enquête EROPP, cette question a fait l'objet d'importants débats dans l'espace public.

Une autre évolution semble aller dans le même sens. En effet, bien qu'ils restent minoritaires en 2013, le nombre de Français qui perçoivent l'interdiction du cannabis comme une atteinte à la liberté est en augmentation : 44 % des personnes interrogées sont de cet avis, contre 31 % en 2008.

Mesures de réduction des risques

Depuis le premier exercice d'EROPP en 1999, les Français ont été questionnés sur les principes généraux de la politique de réduction des risques. Ils ont très majoritairement adhéré à ces mesures (en particulier la délivrance de traitements de substitution – TSO) tout au long de la période, malgré un léger recul en 2008. Compte tenu de ce consensus, l'ensemble de ces interrogations n'a pas été repris pour l'exercice 2013. Seules deux questions ont été posées : la première (figurant dans les éditions antérieures) porte sur la nécessité d'informer les usagers de drogues quant à la façon la moins dangereuse de les consommer. La seconde est relative à l'ouverture de salles de consommation à moindre risque [185].

Au total, plus de huit Français sur dix (83 %) sont favorables à l'information des usagers sur la façon la moins dangereuse de consommer les produits psychoactifs. Ce niveau, plus élevé qu'en 2008 (72 %), est identique à celui de 2002 (81 %).

Dans le même temps, une majorité de Français se montre favorable à l'idée de l'ouverture de salles de consommation à moindre risque en France. En effet, ils ont été 58 % à répondre positivement à la question : « Certains proposent de mettre des locaux et du matériel propre à disposition des consommateurs d'héroïne pour qu'ils puissent s'injecter hors de l'espace public, pour prévenir les risques d'overdose et limiter la propagation du sida. Êtes-vous tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord avec cette proposition ? » Cette interrogation était antérieure à l'annonce par le gouvernement au début du mois de février 2013 de l'accord pour l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque à Paris (voir chapitre 3.1).

En 2008, une version moins précise sur l'urgence en termes de santé publique avait, à l'inverse, suscité une faible adhésion à la mise en place des salles de consommation à moindre risque [67, 68]. La question était alors formulée de la façon suivante : « Pour prévenir les risques pour la santé, certains pensent qu'il faudrait mettre à disposition des consommateurs d'héroïne des locaux et du matériel spécial pour qu'ils puissent s'injecter leur propre drogue. » Un peu plus d'un quart (27 %) des personnes interrogées avait alors répondu favorablement. Compte tenu du changement de formulation, le résultat de 2013 n'est pas directement comparable à celui de 2008.

Repères méthodologiques
EROPP.

Usagers et contextes de consommations

2

2.1
Usagers, espaces et contextes de consommations

Agnès Cadet-Taïrou

À la faveur du mouvement techno apparu en France dans les années 1990, l'usage de susbtances illicites s'est progressivement développé, suscitant l'émergence de nouveaux profils d'usagers, éloignés de la figure traditionnelle du consommateur de drogues, le « junkie désocialisé ». Dans le même temps, la politique de réduction des risques (RDR) et la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (TSO) a permis à nombre d'usagers d'héroïne d'accéder aux soins et de se réinsérer à des degrés divers, modifiant profondément leurs conditions de vie. Pendant les années 2000, la diffusion des usages vers des sphères sociales de plus en plus hétérogènes s'est encore accentuée, se doublant d'une extension géographique, sous l'effet notamment de l'accroissement des micro-trafics, de la baisse du prix des produits et d'une diffusion-dilution de la culture techno dans l'ensemble de l'espace festif [38, 64, 103, 107].

Ainsi, les usagers de produits illicites ne forment pas un ensemble homogène et les sources d'informations disponibles permettent de repérer différents groupes de populations dans lesquels l'usage de substances psychotropes illicites est bien plus fréquent que dans l'ensemble de la population dite « générale ». La connaissance de ces différents profils permet aux décideurs et aux professionnels du champ d'adapter leurs actions aux besoins spécifiques de chacun de ces groupes. Un élément commun les rapproche cependant : les usagers de drogues sont majoritairement des polyusagers et peuvent rarement être classés en fonction d'un produit, même si le nombre et les substances consommées le plus couramment diffèrent selon les profils. Ces usagers peuvent être schématiquement classés en fonction de critères divers : insertion dans

Des usagers plus ou moins accessibles

Les enquêtes en population générale permettent de mesurer avec précision des niveaux d'usage dans des populations de grande taille et touchent pratiquement l'ensemble des usagers socialement insérés. Elles sont probabilistes avec des échantillons de l'ordre de 30 000 personnes [18]. Elles ne parviennent cependant pas à atteindre une part importante des usagers précaires ni à investiguer en profondeur des comportements ou des situations rares (concernant souvent moins de 1 % de la population).

Elles sont donc complétées par des études quantitatives ou qualitatives qui tentent de décrire au mieux les usagers de drogues et leurs pratiques [39]. Les dispositifs d'information des systèmes de soins spécialisés (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA –, médecins généralistes appartenant éventuellement à un réseau d'addictologie) et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) permettent de cerner une partie des usagers. Même s'il existe des recoupements, le tableau diffère selon le lieu d'observation. Très schématiquement, les CAARUD accueillent des usagers encore fortement inscrits dans un parcours de consommation de drogues et beaucoup d'entre eux vivent en situation de vulnérabilité sociale extrême (voir ci-après Usagers désocialisés). La part des usagers ayant entrepris une démarche thérapeutique est naturellement plus forte parmi les personnes qui fréquentent les centres spécialisés ou les médecins généralistes. Ainsi, les « anciens héroïnomanes sous substitution » sont-ils fortement représentés dans les centres de soins spécialisés.

Les usagers qui ne fréquentent pas ces structures sont qualifiés, en sciences sociales, d'usagers cachés. Pour les connaître, il est alors nécessaire de mener des études épidémiologiques, souvent complexes, ou des études ethnographiques [32, 39].

En pratique, une majorité des usagers cachés sont des usagers socialement insérés mais tous les usagers insérés ne sont pas des usagers cachés : une partie d'entre eux utilisent le système de soins spécialisé lorsqu'ils finissent par juger leur consommation problématique. En outre, une grande partie des usagers insérés peut être rencontrée dans l'espace festif où des investigations qualitatives, et occasionnellement quantitatives, sont menées. Enfin, certains « traversent » l'espace d'observation dit « urbain » (voir encadré) pour accéder aux produits désirés ou à du matériel de réduction des risques. Encore bien plus cachés sont les usagers qui ne fréquentent ni les dispositifs de soins, ou de réduction des risques, ni la scène festive, ni les dealers, en particulier ceux qui commandent des substances par Internet (voir chapitre 9.8).

Il faut enfin mentionner que les usagers précaires comprennent également une part d'usagers cachés, notamment parmi les plus en difficulté tels que les jeunes en errance.

la société, degré de visibilité dans les enquêtes épidémiologiques et ethnographiques ou encore selon des problématiques communes. Les populations les plus caractéristiques d'usagers de drogues sont présentées ici, même si ces catégories ne peuvent résumer à elles seules la variété des situations individuelles.

Les « anciens héroïnomanes sous substitution »

En général assez âgés (de 35 à 50 ans) par rapport à l'ensemble des usagers de drogues, ces consommateurs présentent des situations variées en termes d'insertion sociale, une part d'entre eux ayant pu réintégrer une vie sociale « normalisée ». Certains n'ont pas stabilisé leur parcours addictif et ont développé des co-dépendances, en particulier à la cocaïne ou à l'alcool. D'autres continuent de consommer, en marge de leur traitement de substitution, des substances psychotropes de façon occasionnelle : opiacés aux effets plus « satisfaisants » pour eux que les médicaments de substitution aux opiacés – MSO – (héroïne, morphine) ou stimulants, par exemple. Cette population est également consommatrice de benzodiazépines, le plus souvent dans un cadre thérapeutique. Ils apparaissent dans l'ensemble faiblement polyusagers. Enfin, une part d'entre eux ne parvient pas à arrêter l'injection. Ils constituent une partie importante des files actives des dispositifs de soins spécialisés où les opiacés restent la première cause de demandes de traitement en lien avec l'usage de drogues en dehors du cannabis (voir chapitre 3.1) [38].

Les usagers désocialisés aux conditions de vie précaires

L'insertion sociale s'apprécie ici selon la situation par rapport au logement, au travail et au tissu relationnel (famille ou amis). La protection sociale et le fait de disposer de papiers d'identité sont également des critères importants pour mesurer les degrés de précarité.

Les usagers « socialement désinsérés » sont pour la plupart des polyusagers consommant en majorité des opiacés, à l'exception des « jeunes en errance » qui consomment une gamme de substances beaucoup plus étendue. Une part importante d'entre eux est sans domicile fixe (SDF) ou vit en squat. Ils comportent une forte proportion d'injecteurs et sont particulièrement marqués par des co-morbidités psychiatriques [38].

Les usagers précaires fréquemment sujets à des troubles psychiatriques

Cette population, âgée dans l'ensemble de plus de 30 ans, est essentiellement masculine. Les personnes qui la composent constituent, en quelque sorte, l'archétype de l'usager de drogues désocialisé. En règle générale polyusagères, elles consomment les substances les moins onéreuses : de grandes quantités de médicaments (buprénorphine haut dosage – BHD –, benzodiazépines, ou d'autres psychotropes parfois prescrits dans le cadre d'un traitement…), associés à de fortes consommations d'alcool, les substances telles que la cocaïne, plus chères, restant occasionnelles. Si moins de la moitié de ces usagers semble avoir recours à l'injection, cette pratique est souvent réalisée dans des conditions d'hygiène particulièrement problématiques. Compte tenu de fréquentes co-morbidités psychiatriques, le suivi de ces populations par les structures de soins dédiées s'avère complexe [38, 128].

Les usagers de crack du Nord-Est parisien ou des Antilles constituent le seul profil identifié par un usage centré sur une substance, le crack. Du fait de sa vente possible en très petites quantités, et donc à un coût unitaire réduit, le crack, forme vendue déjà basée de la cocaïne, est accessible à des populations très précaires, regroupées géographiquement autour des lieux de vente de cette substance. Les « crackers », caractérisés par un âge moyen atteignant presque la quarantaine, comportent en outre une part de femmes plus importante que dans d'autres groupes d'usagers de drogues. Sans domicile fixe ou vivant fréquemment en squat dans des conditions insalubres, ils présentent, pour la plupart, un délabrement physique général, une dénutrition et de nombreuses lésions traumatiques liées aux violences subies dans la rue mais également à la fabrication et à l'usage des pipes à crack artisanales (lèvres coupées, doigts brûlés…) [38, 203].

Les jeunes en errance

Ce groupe est composé d'individus plus jeunes (15-25 ans), filles et garçons, pour lesquels la marginalité, marquée par des situations de détresse sanitaire et sociale profonde, constitue l'aboutissement d'un processus de désaffiliation. C'est, en général, à la suite d'une rupture biographique (départ volontaire ou forcé du domicile familial) ou après avoir quitté une institution que ces jeunes se retrouvent sans abri, sans revenus et fréquemment sans protection sociale. La plupart des jeunes en errance vivent en squat, chez des amis ou se retrouvent à la rue. Une

part d'entre eux est également visible dans l'espace festif alternatif. Si certains adoptent les codes vestimentaires des travellers (voir ci-dessous), auxquels ils peuvent chercher à s'identifier, ni leurs modes de vie, ni leurs usages ne sont sous-tendus par des revendications contre-culturelles. Ils se déplacent souvent en groupes, accompagnés de chiens. Les plus âgés peuvent avoir un look punk. Contrairement aux travellers, leur mobilité est en fait assez réduite, se limitant à des déambulations centrées sur une agglomération, opportunistes et dictées par la couverture des besoins primaires (douches, lessives, etc.) [22, 64]. C'est d'ailleurs souvent dans ce seul objectif que certains fréquentent, occasionnellement, les structures de RDR ou de soins, entrant difficilement dans une relation durable avec les équipes. Les ressources sont issues de la mendicité, éventuellement de petits vols et de la prostitution plus ou moins occasionnellement [208].

Leurs usages de substances psychotropes, outre l'abus d'alcool, sont d'abord celles attachées au milieu festif, ecstasy et cocaïne, mais également hallucinogènes, naturels ou non. S'y ajoutent les consommations plus spécifiques de l'espace urbain : médicaments détournés (buprénorphine haut dosage/Subutex® et génériques, méthadone, morphine,

Diversité des espaces

Les nécessités méthodologiques de l'observation ont conduit à segmenter des espaces qui sont des lieux d'observation ou de rencontres possibles avec ces usagers de drogues [20, 38, 39]. Deux grands espaces sont observés « en routine » par le dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'OFDT, du fait de la forte probabilité d'y repérer des phénomènes nouveaux ou non encore observés : l'espace « urbain » et l'espace « festif ». L'espace urbain défini par TREND recouvre essentiellement les structures de réduction des risques (boutiques, programmes d'échange de seringues devenus CAARUD en 2006) et les lieux ouverts (rue, squats, zones de deal, abords des gares, etc.). La plupart des personnes rencontrées dans ce cadre sont des usagers problématiques de produits illicites dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité. Cependant, cet espace est également un lieu de transit pour une part des usagers socialement insérés, pour s'approvisionner en substances ou pour disposer du matériel de RDR proposé par les CAARUD couvrant des modes d'usage de plus en plus variés, pailles, pipes à crack, « aluminium » pour la chasse au dragon).

L'espace festif techno désigne les lieux où se déroulent des événements organisés autour de ce courant musical. Il englobe l'espace dit « alternatif » (free parties, teknivals, zones alternatives des festivals, etc.) mais aussi l'espace

commercial ou conventionnel (clubs, discothèques voire soirées privées). Il tend maintenant à couvrir l'espace festif généraliste, suivant en cela le mouvement de diffusion-dilution du mouvement techno dans une population plus générale. Il inclut un espace spécifique dit « festif gay », qui recouvre les lieux plus particulièrement fréquentés par une frange de la communauté gay, amateur de psychotropes en contexte festif et en contexte sexuel.

L'extension géographique et sociologique des usages a conduit à considérer d'autres espaces, souvent plus difficiles d'accès mais où sont susceptibles de se rencontrer de nouveaux profils d'usagers aux besoins spécifiques. Il s'agit particulièrement des zones périurbaines et rurales dans lesquelles résident de plus en plus de personnes usagères de drogues, dont l'insertion dans le monde du travail est souvent difficile, de même que l'accès aux soins spécialisés et aux dispositifs de RDR. Enfin, des usages de cocaïne existent maintenant dans les quartiers dits « sensibles » des grandes agglomérations, où seul le cannabis était présent au début des années 2000 [39, 106].

Actuellement, la conjonction de la multiplication des nouveaux produits de synthèse (NPS) proposés à l'achat et de leur mode de vente sur le réseau Internet ouvre un nouvel espace dans le champ des drogues (voir chapitre 9.8). Il est caractérisé par des substances dont le statut légal est encore peu clair, des modes de diffusion atypiques (de nouveaux types de dealers apparaissent) et surtout par des usagers dont l'apprentissage des nouveaux produits passe beaucoup par le vecteur Internet. Aucun lieu physique spécifique ne permet de les rencontrer, même si une petite part des substances et des usagers sont présents dans l'espace festif. Les outils d'observation de ce nouveau champ sont actuellement en cours d'élaboration [149].

Enfin, deux espaces posent des problèmes d'accès spécifiques.

L'espace carcéral : les données quantitatives disponibles, même parcellaires, montrent clairement qu'une part importante des détenus est usagère de drogues au moment de son incarcération. Les pratiques d'usage de substances durant l'incarcération et en particulier les modes d'usage, si elles font ou ont fait l'objet de témoignages divers et d'études qualitatives, ne sont à l'heure actuelle ni décrites précisément, ni quantifiées, compte tenu des difficultés méthodologiques que pose la mise en œuvre d'une étude qui interrogerait les détenus. L'absence de dispositif de RDR dans les établissements pénitentiaires rend pourtant cette surveillance particulièrement nécessaire [128, 174].

Enfin, l'usage de drogues en lien avec l'espace professionnel est régulièrement interrogé, en priorité au regard de la sécurité au travail ou lorsque le cadre de travail semble favoriser les usages. Compte tenu de la législation, l'étude de ces espaces reste limitée et s'inscrit dans le cadre de la médecine du travail. Cependant, dans la majorité des cas, les usagers s'efforcent de maintenir leur consommation dans la sphère privée.

benzodiazépines), crack. Ils apparaissent très fortement polyusagers, les mélanges se faisant en fonction des opportunités. Les modes d'usage issus des pratiques de la sphère festive (voie orale, sniff et surtout chasse au dragon) restent très présents dans cette population. Cependant, la pratique de l'injection s'y est développée : deux tiers de ceux qui fréquentaient les CAARUD en 2008 étaient injecteurs et le partage du matériel y apparaissait fréquent [64, 128].

Les nouveaux migrants en provenance d'Europe centrale et orientale

Amorcée au début des années 2000, en particulier en Île-de-France, l'arrivée de ressortissants des pays de l'ancien bloc soviétique (Géorgie, Ukraine...) usagers de drogues, majoritairement des hommes seuls, s'est poursuivie dans les autres métropoles françaises à travers l'installation de squats communautaires sur la base d'affinités nationales voire infranationales. Ceux-ci se situent le plus souvent à la périphérie des centres-villes avec des conditions d'hygiène extrêmement dégradées. Les conditions de vie de ces migrants s'apparentent à celles des usagers les plus marginalisés, situation majorée par le caractère le plus souvent irrégulier du séjour sur le territoire français et la méconnaissance de la langue. L'accès au travail et aux soins de cette population est très limité. Ces personnes auraient, pour la plupart, débuté leur consommation d'héroïne injectée, mais aussi d'amphétamines, dans leur pays d'origine. Une fois en France, les médicaments, au premier rang desquels se situe la BHD, semblent représenter les substances de prédilection de leurs consommations. L'injection est la pratique majoritaire, avec un déficit d'hygiène et un partage courant du matériel qui favorisent les transmissions infectieuses, en particulier le virus du sida, dont une part importante de cette population est porteuse. L'extrême précarité des conditions d'existence de cette population l'amène à rechercher dans les structures de bas seuil les services de première nécessité (bains, douches, nourriture, etc.) plutôt que le matériel de prévention [22, 38, 64].

Des usagers insérés ou semi-insérés à profil d'usage festif

Parmi les consommateurs « socialement insérés », l'usage régulier de substances psychotropes va fréquemment de pair avec la fréquentation (actuelle ou passée) des espaces festifs, en particulier celui relevant de la culture alternative techno (free parties par exemple). Cependant, toutes les consommations n'ont pas nécessairement lieu dans l'environnement

de la fête. Les occasions de sortie se raréfient parfois avec l'âge, alors que certains usages peuvent persister [211]. La consommation se réalise alors davantage dans des espaces privés (domicile, soirées entre amis, etc.). L'observation approfondie de l'espace festif à tendance techno a permis de mettre en évidence des profils culturels et sociaux variés.

Les teufeurs

Si une part d'entre eux peut disposer d'un travail stable, beaucoup connaissent des situations professionnelles plus fragiles (intérim, contrats précaires, aides sociales, etc.), fréquemment à la suite d'un cursus d'étude court. Les usagers dits « semi-insérés » bénéficient en général d'un réseau amical et familial ainsi que d'un logement [64, 203, 210]. Certains sont étudiants. Une majorité fréquente l'espace festif techno alternatif. Pour une frange d'entre eux seulement, les travellers ou nomades (25-40 ans), qui se déplacent au rythme des événements alternatifs, les usages de substances psychotropes s'intègrent, à des degrés divers, dans un mode de vie communautaire revendiqué comme contre-culturel.

D'autres, en moyenne plus jeunes (de 20 à 30 ans), sont des teufeurs à l'insertion sociale ordinaire, qui vont, en fin de semaine, faire la fête en événement alternatif. Ils s'identifient peu à ce milieu dont ils ne connaissent ni les codes, ni la philosophie, et fréquentent cet espace tant pour « faire la fête autrement » que pour bénéficier de la disponibilité des produits. À l'inverse des plus anciens, ils consomment sans connaissance des pratiques de réduction des risques [38].

Les consommations dans l'espace festif

Le « profil de consommation festif », outre l'alcool omniprésent et le cannabis, se caractérise par la place prépondérante donnée aux stimulants – cocaïne, amphétaminiques (ecstasy/MDMA) ou nouveaux produits de synthèse –, ainsi qu'aux hallucinogènes (champignons, LSD, kétamine, etc.) –. Les autres substances (opiacés, benzodiazépines), moins consommées, sont d'abord utilisées en régulation des effets des substances précitées [210]. Cependant, des usages « autonomes » d'héroïne accompagnés de dépendance se sont développés au cours des années 2000 en population socialement insérée [38]. Les modes d'usage préférentiellement utilisés sont, selon les substances, la voie orale (comprimés, poudre, champignons…), mais aussi le sniff. La voie pulmonaire (inhalation des vapeurs, aussi dénommée chasse au dragon) connaît un développement marqué depuis la fin des années 2000 [37].

Les usagers rencontrés dans l'espace alternatif affichent clairement des profils d'usage récent plus intenses que les personnes fréquentant les autres espaces festifs électro. Le cannabis y est consommé quotidiennement par une majorité des personnes. L'usage des substances amphétaminiques est aussi développé que celui de la cocaïne (environ la moitié des usagers au cours du mois précédent selon une enquête de 2004-2005). Enfin, la consommation des substances hallucinogènes et du free base (cocaïne basée après achat) y est plus marquée que partout ailleurs. L'héroïne prise est parfois nommée « rabla », un terme qui implique que l'usager ne sait pas forcément quel produit il consomme [37, 64, 210].

Les clubbeurs : des usagers plus aisés

Les clubbeurs, moins nombreux, sont à la fois plus âgés et disposent de revenus plus élevés. Ils fréquentent plutôt les boîtes de nuit électro. Ce groupe est constitué d'une population plutôt hédoniste consacrant un budget important à ses sorties et à son habillement, et privilégiant souvent la danse à la musique.

L'espace festif gay

Parmi les clubbeurs, se démarquent les usagers fréquentant l'espace festif gay, constitué de lieux exclusivement homosexuels ou ouverts à tous mais fréquentés par une communauté gay importante qui y joue un rôle de leader en termes de tendances (gay friendly). Si les usages de cette frange de la population sont proches de ceux observés dans le milieu du clubbing, ils s'en distinguent par un recours au produit dans le cadre des relations sexuelles. À la recherche de sensations différentes, plus intenses, ou pour optimiser les performances sexuelles, la prise de substances devient chez certains un élément central de l'acte sexuel et du choix du partenaire. Depuis le début de la décennie 2010, le recours au slam (injection de produits dans le cadre d'un acte sexuel) s'intègre aux pratiques sexuelles les plus radicales. Ce groupe, souvent précurseur en matière de découvertes et de consommations de produits, se distingue également par l'accès à un large éventail de substances lié à un usage courant d'Internet (nouvelles drogues de synthèse notamment) et à une culture des déplacements internationaux [102, 202].

Parmi les plus aisés, on peut encore distinguer un groupe d'usagers dits « hyperinsérés », des jeunes issus de familles à hauts revenus ou des adultes à fort pouvoir d'achat, fréquentant principalement des bars musicaux et des établissements de nuit où l'entrée est soumise à cooptation [39, 210].

Les produits phares des clubbeurs sont la cocaïne et, dans une moindre mesure, l'ecstasy. Les autres consommations (outre l'alcool et le cannabis) apparaissent nettement moins fréquentes parmi les hyperinsérés que chez les autres clubbeurs. Lors d'une enquête menée en 2004-2005, le basage de la cocaïne était peu déclaré, mais pourrait s'être diffusé entre-temps [37, 209].

Repères méthodologiques
ENaCAARUD ; RECAP ; TREND ; TREND Enquête « Quanti festif » ; TREND Étude « Usagers cachés de cocaïne ».

Problèmes sanitaires et sociaux

3

3.1
Prises en charge des usagers et réduction des risques

Christophe Palle, Agnès Cadet-Taïrou,
Tanja Bastianic, Aurélie Lermenier

Les problèmes d'abus ou de dépendance à une susbtance psychoactive s'accompagnent souvent de pathologies liées à la consommation de ces susbtances (cancer, cirrhose, sida, hépatites, traumatismes, etc.) qui doivent être distinguées de l'addiction en tant que telle. La question des pathologies associées est abordée dans les chapitres traitant de la morbidité. Les données présentées dans ce chapitre portent sur les prises en charge de l'addiction elle-même et non pas sur celles qui peuvent être liées aux conséquences sanitaires de la consommation de substances psychotropes. Les consommateurs d'alcool et de drogues illicites accueillis dans les structures sanitaires et sociales présentent des dissemblances mais également des ressemblances, et notamment une problématique similaire de risque d'exclusion sociale. La consommation de tabac n'est pas en soi porteuse de ce risque et les fumeurs se distinguent moins, de ce point de vue, de l'ensemble de la population française. Les prises en charge des consommateurs d'alcool et de drogues illicites seront abordées conjointement et celles des consommateurs de tabac dans une seconde partie. Ce chapitre aborde aussi la question de la réduction des risques (RDR) depuis son apparition en France.

Alcool et drogues illicites

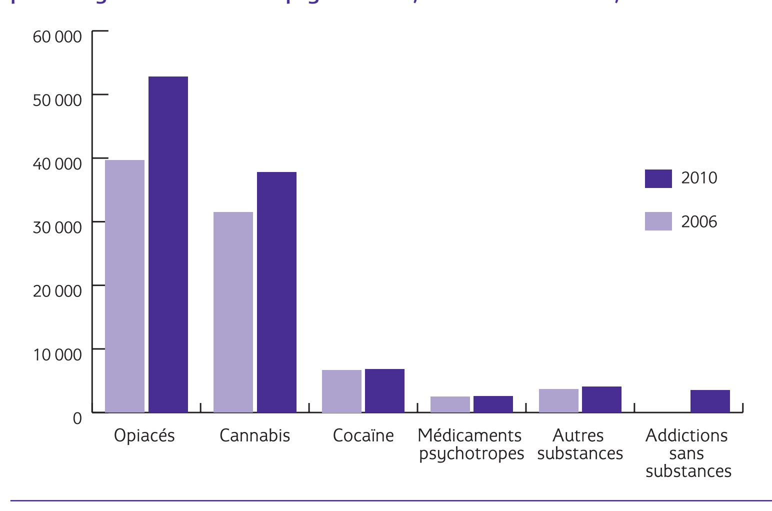
Les personnes souffrant de problèmes d'addiction peuvent s'adresser à différents dispositifs et professionnels de la prise en charge de ces troubles. Deux grandes catégories peuvent être distinguées : les institutions spécialisées et le système de soins généraliste, hôpitaux et médecine de ville.

Les établissements spécialisés regroupent des centres qui prennent en charge les patients en ambulatoire, des structures dans lesquelles les patients peuvent effectuer des séjours thérapeutiques allant de quelques mois jusqu'à 2 ans dans certains cas, et des centres d'accueil de jour spécialisés dans la réduction des risques.

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en ambulatoire

Depuis 2007, tous les établissements médico-sociaux spécialisés dans la prise en charge des problèmes d'addiction, qu'il s'agisse d'alcool, de drogues illicites ou d'addictions sans substances, ont pris la dénomination de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Les données fournies dans les rapports d'activité 2010 de ces établissements permettent d'estimer à 133 000 le nombre de personnes qui y sont accueillies en ambulatoire pour un problème de consommation d'alcool, et à 104 000 celles qui le sont pour un problème de consommation de substances illicites ou de médicaments psychotropes détournés de leur usage. Dans cette deuxième catégorie, les groupes les plus importants sont ceux des personnes prises en charge principalement pour des problèmes en lien avec une consommation d'opiacés (52 000 individus) ou de cannabis (38 000 personnes). La cocaïne arrive en troisième position en termes d'effectifs, mais se situe à un niveau

Graphique 1 - Nombre de personnes prises en charge dans les CSAPA en ambulatoire pour usage d'une substance psychoactive, hors alcool et tabac, en 2006 et 2010



Source : rapports d'activité type des CSAPA (DGS/OFDT)

nettement plus faible (près de 7 000 usagers). Entre 2006 et 2010, la progression en nombre a été particulièrement forte pour les personnes en difficulté avec les opiacés (+ 31 %) ou avec le cannabis (+ 21 %) [193] (graphique 1). Le nombre de personnes prises en charge à titre principal pour usage d'alcool a augmenté de 6 % ; il est resté stable pour la cocaïne. Il s'agit ici de données de files actives déclarées par les CSAPA, c'est-à-dire du nombre de consommateurs de substances venus physiquement dans le centre et vus en face à face au moins une fois. Parmi eux, entre 10 % et 20 % n'ont été vus qu'une fois. Et parmi les autres, les niveaux de gravité des addictions peuvent être très variables. La proportion de personnes dépendantes est évaluée par les centres, selon le produit en cause, à environ 90 % pour les opiacés, 60 % pour l'alcool, à 50 % pour le cannabis et la cocaïne [182].

Les chiffres cités ci-dessus se réfèrent au produit indiqué comme posant le plus de problème à l'usager, considéré comme la substance la plus en cause dans la prise en charge actuelle. La référence à un produit « principal » ne doit cependant pas masquer que ces personnes en consomment souvent plusieurs et rencontrent fréquemment des problèmes avec plus d'une substance. La population prise en charge pour sa consommation d'alcool est très fréquemment également fumeuse de tabac et, pour une minorité (15 % à 20 %), de cannabis. La plupart des usagers d'opiacés sont des polyusagers qui consomment très souvent aussi du tabac, de l'alcool, du cannabis, de la cocaïne et d'autres substances illicites. Chez les personnes prises en charge pour leur usage de cannabis, le tabac (53 %) et l'alcool (25 %) sont aussi fréquemment consommés. Les autres drogues illicites comme la cocaïne et l'héroïne sont en revanche peu souvent mentionnées (6 % et 3 %).

Les profils des patients ne sont pas les mêmes suivant les produits en cause (tableau 1) : les usagers de cannabis vus dans les CSAPA, âgés en moyenne de 26 ans, sont globalement les plus jeunes, même si 8 % d'entre eux ont plus de 40 ans. Parmi eux, 25 % sont élèves ou étudiants, 49 % habitent avec leurs parents, 24 % dépendent de ressources fournies par des tiers (leurs parents). Le tableau est très différent pour les usagers d'alcool, en moyenne beaucoup plus âgés (42 ans) : la moitié exerce une activité rémunérée alors que 3 % seulement sont étudiants ; la plupart vit seuls ou avec un conjoint, alors que 14 % d'entre eux vivent avec leur parents. Avec un âge moyen de 35 ans, les usagers d'opiacés, de cocaïne et/ou d'autres drogues se situent dans une génération intermédiaire. Au-delà des différences liées à l'âge, le public qui fréquente les CSAPA se caractérise par une forte proportion de personnes vivant dans des conditions précaires. Cette part est particulièrement importante dans

le dernier groupe cité (opiacés, cocaïne et autres produits), qui compte la plus forte proportion de personnes au chômage (25 %) ou inactives (26 %, retraités non compris), percevant le revenu de solidarité active (RSA, 20 %) ou étant sans domicile fixe (SDF, 6 %). Ces indicateurs se situent à un niveau légèrement en deçà, mais qui reste néanmoins élevé, chez les usagers d'alcool (20 % de chômeurs, 22 % d'inactifs, 15 % au RSA et 3 % de SDF). Les usagers de cannabis sont nombreux, en raison de leur âge, à habiter avec leurs parents et à dépendre économiquement d'eux, ce qui rend leur situation moyenne difficilement comparable avec celle des usagers d'alcool ou d'autres drogues illicites plus âgés. Par ailleurs dans le cadre des consultations jeunes consommateurs (CJC), la prise de contact avec un CSAPA peut intervenir beaucoup plus souvent que pour les autres substances pour de très faibles niveaux de consommation et de gravité des addictions. Il existe néanmoins parmi eux des jeunes en rupture, qui trop jeunes pour percevoir des aides sociales, se retrouvent ainsi en situation de grande exclusion.

Les modalités de prise en charge sont également différentes suivant les produits en cause. Dans le cas de l'alcool, le traitement de référence pour les personnes dépendantes reste le sevrage, qui peut être réalisé en

Tableau 1 - Caractéristiques sociodémographiques des patients dans les CSAPA, par groupe, 2011

	Cannabis	Opiacés, cocaïne et drogues illicites autres que le cannabis	Alcool
	n = 22 728	n=55 039	n=44 296
Âge moyen	26 ans	35 ans	42 ans
Homme	87 %	75 %	78 %
Activité rémunérée continue	26 %	28 %	40 %
RSA	7 %	20 %	15 %
Logement durable	39 %	52 %	70 %
SDF	1 %	6 %	3 %
Venus à leur initiative ou celle de proches	30 %	57 %	37 %
Adressés par la justice ou l'administration	50 %	12 %	20 %
Adressés par des partenaires sanitaires	10 %	24 %	33 %

Source : RECAP 2011 (OFDT)

ambulatoire par le centre ou en mode résidentiel, presque toujours en milieu hospitalier. Dans ce dernier cas, les thérapeutes du CSAPA peuvent préparer cette étape et accompagner le patient lors de son sevrage à l'hôpital et enfin, assurer un suivi en ambulatoire après sevrage pour prévenir les rechutes. Depuis l'introduction des traitements de substitution aux opiacés (TSO), les sevrages pour les personnes dépendantes à cette catégorie de substances sont devenus rares. La plupart des individus vus dans les CSAPA pour un problème d'opiacés suivent un TSO, à la méthadone un peu plus fréquemment qu'à la buprénorphine haut dosage (BHD). Différents types de thérapies individuelles ou de groupes sont également proposés par les CSAPA (psychothérapies, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies familiales), mais les informations sur les choix d'approche thérapeutique opérés par les différents centres ne sont pas disponibles. Les CSAPA doivent également assurer un suivi social incluant des actions de réinsertion (mises à jour des droits sociaux, logement, emploi, formation). La prise en charge des usagers de cannabis présente des particularités liées à la proportion importante de jeunes parmi eux. Depuis 2004-2005, les pouvoirs publics ont encouragé la création de consultations jeunes consommateurs (CJC) ayant pour mission d'assurer une information et une évaluation aux premiers stades de la consommation (usage, usage nocif), et proposant également, si nécessaire, une prise en charge brève ou, lorsque le problème est plus important, une orientation vers une structure spécialisée. Il existe à l'heure actuelle environ 300 lieux proposant des consultations jeunes consommateurs qui sont pour la plupart gérées par des CSAPA [172]. La majorité des usagers de cannabis pris en charge dans les CSAPA en 2010 ont été vus dans le cadre de ces CJC. Autre spécificité des usagers de cannabis ainsi pris en charge : la moitié d'entre eux entrent en contact avec un CSAPA dans le cadre d'une mesure judicaire ou administrative, souvent une obligation de soins, prononcée par une autorité judiciaire après une interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants ; les pourcentages correspondants sont de 20 % pour l'alcool et de 12 % pour les drogues illicites autres que le cannabis.

Les CSAPA avec hébergement et les centres de soins de suite et de réadaptation en addictologie

Les personnes présentant un problème d'addiction avec un niveau de dépendance élevé et/ou évoluant dans un environnement social particulièrement défavorable ou encore ayant simultanément d'autres problèmes de santé peuvent bénéficier d'une prise en charge résidentielle dans des centres spécialisés qui les accueillent pour des séjours de durées variables. Dans la plupart des cas, l'hébergement dans ces centres

est collectif : les locaux comprennent plusieurs chambres qui ne sont en général pas individuelles, les repas sont pris en commun, etc. Ces institutions n'accueillaient pendant longtemps que des personnes ayant effectué une cure de sevrage, avec pour objectif de les aider à réapprendre à vivre sans substance(s), ce qui a conduit à nommer « post-cure » ces institutions. Avec l'apparition des TSO, certaines dérogations au principe d'abstinence ont pu être introduites, ce principe restant néanmoins le plus souvent la norme. Pour des raisons historiques, ces centres ont été dotés de statuts institutionnels différents selon qu'ils accueillent des consommateurs d'alcool ou des consommateurs de drogues illicites.

Les premiers sont gérés par les hôpitaux publics et ont pris le nom de centres de soins de suite et de réadaptation en alcoologie (CSSRA), le terme d'alcoologie ayant été récemment transformé en addictologie. Selon un recensement datant de 2010, 113 établissements de santé possèdent une autorisation pour mener des activités de soins de suite et de réadaptation avec mention addictologie.

Les centres résidentiels accueillant majoritairement des usagers de drogues illicites ont été créés par des associations, sur un financement d'État dans un premier temps, puis de la Sécurité sociale depuis le début des années 2000. Ils ont pris le nom de centres thérapeutiques résidentiels ou de CSAPA avec hébergement. Les 44 centres à financement public de ce type existant en 2011 ont hébergé, cette même année, environ 1 800 patients pour une durée moyenne d'environ 3 mois. Tout comme les CSAPA ambulatoires, les centres résidentiels doivent assurer le soutien psychologique des patients dans le cadre de thérapies individuelles ou de groupe et un suivi social incluant des actions de réinsertion.

Une partie de ces centres propose une prise en charge spécifique reposant sur le modèle des communautés thérapeutiques. Ces institutions se définissent comme « des centres résidentiels de long séjour (jusqu'à 2 ans) ouverts à des personnes dépendantes (opiacés, stimulants, alcool, polydépendances) qui leur procurent un environnement sûr et sans drogues dans lequel la vie communautaire avec des pairs plus avancés dans leur réadaptation va fournir des éléments de restructuration par des modèles d'identifications positifs et par la pression du groupe » [116]. En 2012, dix centres résidentiels fonctionnent suivant ces principes.

À la sortie d'un centre résidentiel, les patients peuvent accéder au dispositif des appartements thérapeutiques relais (ATR) gérés par des CSAPA, qui permettent aux personnes de retrouver une autonomie tout en bénéficiant du soutien de l'équipe pluridisciplinaire de thérapeutes

et d'éducateurs. La durée moyenne d'hébergement dans ces appartements est d'un peu plus de 6 mois mais peut aller jusqu'à deux ans au maximum. Certains patients pour lesquels le passage dans un centre thérapeutique n'apparaît pas possible peuvent accéder directement à un appartement thérapeutique relais. En 2010, 1 000 personnes environ ont pu bénéficier d'un hébergement dans les ATR. Dans l'ensemble des CSAPA, 64 disposent de places pour ce type d'hébergement.

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

Les consommateurs de drogues actifs peuvent également bénéficier de l'accueil ou de l'action des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD), désignés

Tableau 2 - Situation sociale des usagers des CAARUD selon l'âge, 2010

	Moins de 25 ans	25-34 ans	35 ans et plus	Ensemble
	n=348 (14 %)	n=804 (32,3 %)	n=1 342 (53,7 %)	n=2 389
Couverture santé				
Sécurité sociale hors CMU* ou ALD**	26,2 %	25,4 %	28,0 %	26,9 %
Sécurité sociale avec CMU ou ALD	54,0 %	61,6 %	63,9 %	61,9 %
Non affilié à la Sécurité sociale avec ou sans AME***	19,8 %	13,0 %	8,1 %	11,3 %
Logement				n = 2 463
Durable (indépendant ou chez des proches)	39,9 %	45,1 %	52,6 %	48,4 %
En institution ou provisoire	27,6 %	22,0 %	23,2 %	23,4 %
SDF (à la rue)	19,3 %	21,2 %	18,8 %	19,6 %
Squat	13,2 %	11,6 %	5,4 %	8,6 %
Origine des ressources				n = 2 437
Revenus d'emplois et ASSEDIC	24,2 %	23,3 %	20,5 %	22,0 %
Prestation sociales / ressources provenant d'un tiers	17,5 %	57,1 %	65,2 %	56,1 %
Autres ressources (illégales ou non officielles) et sans revenu (y compris mendicité)	58,3 %	19,5 %	14,3 %	22,0%
Niveau de précarité				n = 2 290
Faible	18,8 %	23,2 %	27,9 %	25,2 %
Moyenne	37,2 %	46,4 %	48,1 %	46,1 %
Forte	44,1 %	30,5 %	24,0 %	28,8 %

Lecture du tableau : 26,2 % des usagers des CAARUD de moins de 25 ans sont affiliés à la Sécurité sociale ou bénéficient d'une assurance complémentaire.

* CMU : Couverture maladie universelle **ALD : Affections de longue durée ***AME : Aide médicale de l'État

Source : ENaCAARUD 2010 (DGS/OFDT)

avant 2006 par les termes « structures de première ligne » ou encore « structures (à) bas seuil (d'exigence) ». Leur objectif est de limiter l'impact des consommations de drogues, en particulier les infections virales, en informant sur les risques des différentes substances et des pratiques, en permettant l'accès à du matériel de consommation réduisant les risques (seringues stériles, filtres, pailles, pipes à crack…) et en favorisant l'accès aux soins, aux droits sociaux et à des conditions de vie acceptables ou moins délétères. En 2012, on dénombre 163 CAARUD en France.

En 2010, entre 60 000 et 66 000 usagers ont fréquenté au moins une fois un CAARUD [72]. Leur âge moyen est de 35,5 ans ; 80 % d'entre eux sont des hommes. Les usagers vus par les CAARUD, s'ils peuvent être suivis par le système de soins spécialisé ou non en addictologie, connaissent en moyenne des usages moins maîtrisés que l'ensemble des consommateurs de drogues et des situations sociales plus précaires (tableau 2). Près de six sur dix (56 %) vivent de prestations sociales et 22 % n'ont aucune ressource légale. Parmi eux, 20 % sont sans domicile fixe et 9 % vivent en squat. Enfin, 11 % ne sont pas affiliés à la Sécurité sociale. Les plus jeunes apparaissent les plus démunis : parmi les moins de 25 ans, qui n'accèdent pas au RSA, 58 % n'ont aucune ressource légale [33].

Les CAARUD répondent à leurs missions par le biais de lieux d'accueil, offrant notamment des services ou des soins aux usagers précaires : programmes d'échange de seringues ou de distribution d'autres matériels, travail de rue (maraudes), suivi des usagers en squat ou sorties en milieu festif, etc. Ainsi, en 2010, les CAARUD ont distribué directement ou par le biais d'automates un peu plus de 4 millions de seringues seules ou incluses dans une trousse comprenant l'ensemble du matériel nécessaire à l'injection. À ce nombre, il faut ajouter environ 600 000 seringues fournies par les CAARUD à des pharmacies partenaires qui gèrent un programme d'échange de seringues. Les actes le plus fréquemment réalisés concernent le maintien d'un lien social ou l'écoute, la réduction des risques liés à l'usage de drogues ou à la sexualité et l'accès à l'hygiène, mais, en 2010, environ 92 000 actes d'ordre sanitaire ont été mis en œuvre (dépistage, soins infirmiers…) [72].

Le système de soins non spécialisés

Dans les hôpitaux non spécialisés (hôpitaux psychiatriques non compris), environ 147 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool ont été recensés en 2011 (contre 93 000 en 2002) et environ 48 000 séjours

La réduction des risques

La réduction des risques (RDR) vise à la réduction des dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage des drogues en renonçant à un idéal d'éradication. En pratique, elle cherche à limiter l'impact des usages de drogues, en particulier infectieux, à favoriser l'accès aux soins, aux droits sociaux et à des conditions de vie acceptables, sans exiger au préalable des usagers un arrêt des consommations, que beaucoup ne réussissent pas à maintenir au-delà de la durée de la cure de sevrage. Enfin, l'objectif de RDR légitime la délivrance aux usagers d'une information non plus centrée exclusivement sur le rappel de l'interdit et des dangers, mais vers la maîtrise des risques pour réduire les dommages.

Historiquement, en France, elle a d'abord été le fait d'acteurs militants issus d'associations de lutte contre le sida et du secteur de soins pour toxicomanes. Sous leur impulsion, et afin d'endiguer l'épidémie en limitant la transmission du VIH chez les usagers de drogues, cette politique va peu à peu se développer (tardivement par rapport aux mesures prises dans d'autres pays européens), jusqu'à être finalement institutionnalisée.

La première mesure est la libéralisation de la vente de seringues en pharmacie en 1987, suivie par la mise en place des programmes d'échange de seringues, la vente de kits contenant du matériel d'injection stérile et l'installation d'automates distributeurs de ces kits (au nombre de 260 en 2012, répartis sur 53 départements), échangeurs ou collecteurs. On estime que, en 2010, plus de 14 millions de seringues auraient été distribuées en France, soit environ 170 par an et par usager injecteur [179]. L'essor des traitements de substitution (voir chapitre 3.2) vient compléter ces mesures, parallèlement au développement des « boutiques » pour les usagers de drogues, structures d'accueil dites, à l'époque, « à bas seuil d'exigence ». Cette politique permet dès lors à des personnes dépendantes aux opiacés de s'inscrire dans un processus de prise en charge de leur état de santé, de leur situation personnelle, familiale et professionnelle, et de se libérer des affres du manque et des contraintes financières et délictuelles liées à la recherche des stupéfiants sans que le maintien d'un sevrage durable leur soit imposé [64].

L'officialisation de cette approche se traduit en 2004 par l'inscription de la réduction des risques dans la loi de santé publique et en 2005 par la création des CAARUD. La RDR est désormais inscrite dans les différents plans gouvernementaux de santé publique.

Les lieux d'intervention de la RDR sont aujourd'hui variés, cherchant à s'adapter à la diversification des usages et des usagers (voir chapitre 2.1) : en plus des lieux d'accueil fixes, les équipes des CAARUD développent l'*outreach*, ou « travail de proximité », qui consiste à aller à la rencontre des usagers, qu'ils soient dans la rue, en squat, sur des lieux festifs ou en prison, grâce à des bus, des stands ou des maraudes. À côté du matériel stérile d'injection sont également distribuées des pailles pour le sniff, des pipes à crack, particulièrement à destination des « crackers » précaires,

des feuilles pour « chasser le dragon », mode d'usage encouragé comme alternative moins risquée à l'injection. L'*empowerment,* ou le « pouvoir d'agir sur sa santé et son environnement », est au cœur des actions de RDR et se traduit notamment pas la distribution de nombreux flyers d'information à destination des usagers de drogues.

Bien que, en théorie, le concept de RDR concerne l'ensemble des produits (y compris l'alcool, le tabac et les médicaments), il est encore le plus souvent utilisé pour les produits illicites.

En 2009, afin « de disposer du bilan des connaissances sur les dispositifs et les programmes de réduction des risques chez les usagers de drogues existant au niveau international, et sur les projets en expérimentation », le ministère de la Santé et des Sports commande à l'INSERM une expertise collective sur ce thème de la « réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues ». Les experts réunis ont constaté que la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues a joué un rôle important sur la réduction de l'incidence du VIH, la baisse des surdoses mortelles et l'amélioration de l'accès aux soins. Néanmoins, l'infection par le VHC, l'émergence des nouvelles populations non couvertes par les dispositifs existants et de nouvelles pratiques à risques mettent en lumière la persistance de difficultés. À l'issue de leur travail, les experts ont formulé une série de recommandations rendues publiques en 2010 [126].

Celles-ci ont notamment porté sur la nécessité de mettre en place des politiques spécifiques pour certaines populations : mineurs, femmes et personnes détenues. Pour ces dernières, il s'agit d'abord d'appliquer le principe d'équité d'accès aux soins et aux mesures de réduction des risques entre prison et milieu libre. Si les recommandations insistent sur la nécessité d'adapter outils et approches à l'évolution des pratiques (par exemple avec le développement de kits spécifiques liés à l'usage du crack et à la voie fumée), elles rappellent qu'il s'agit en tout premier lieu pour la RDR de prévenir le passage à l'injection et pour les usagers qui ne peuvent s'en passer d'en limiter les risques associés.

C'est par ailleurs avec l'objectif d'offrir un programme d'offres de services cohérent que ces experts ont recommandé de mener une étude des besoins pour l'ouverture d'un centre d'injection supervisé (CIS), en insistant sur la nécessaire phase d'évaluation de cette implantation. Ces espaces, appelés parfois familièrement « salles de shoot », offrent aux usagers de drogues un cadre sécurisé, afin qu'ils puissent consommer dans des conditions d'hygiène acceptables. Ils existent depuis les années 1980 dans différents pays, dont plusieurs en Europe (Allemagne, Espagne, Danemark, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suisse) [92]. En février 2013, une première expérimentation de « salle de consommation à moindre risque » débute en France. Les services du Premier ministre annoncent avoir donné leur accord à la Ville de Paris, qui a souhaité s'engager dans cette démarche. La MILDT est chargée par la ministre de la Santé d'accompagner la Ville de Paris, en lien avec les ministères concernés, dans ses travaux préparatoires [64, 126, 165].

(26 500 en 2002) pour sevrage alcoolique. La prise en compte des séjours pour les problèmes d'alcool apparaissant en diagnostic associé conduit à des chiffres plus importants : en 2011, 470 000 séjours avec au moins un diagnostic de troubles du comportement liés à l'alcool ont été dénombrés [213]. En ce qui concerne les drogues illicites, un peu plus de 6 400 séjours (3 900 en 2002) liés à la consommation de ces substances (troubles mentaux et du comportement) ont été enregistrés la même année, dont un tiers pour consommation d'opiacés et 13 % environ pour usage de cannabis [5]. Ces chiffres se rapportent aux hospitalisations dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique, et excluent par conséquent l'activité des CSAPA hospitaliers et des services de soins de suite et de réadaptation en alcoologie. On ne dispose pas à l'heure actuelle de données permettant de convertir ces nombres de séjours en nombre de patients concernés. Ces derniers pouvant faire plusieurs séjours au cours d'une année, leur nombre est obligatoirement inférieur au nombre de séjours.

Le Baclofène

Le baclofène est un médicament autorisé en 1975 sous le nom de Liorésal® avec pour indication le traitement des contractures musculaires involontaires, pouvant survenir notamment dans la sclérose en plaques ou dans certaines affections de la moelle épinière. Sa posologie maximale, suivant son autorisation de mise sur le marché, est de 80 mg par jour.

Ce médicament est devenu célèbre à la fin des années 2000 à la suite de son utilisation à un dosage très élevé (270 mg) par un médecin cardiologue, le Dr Olivier Ameisen, pour soigner, avec succès, sa propre alcoolo-dépendance. Une expérience qu'il a relatée dans un ouvrage, *Le Dernier Verre* (éditions Denoël). Cet effet n'est pas une surprise dans la mesure où le baclofène agit sur un neuromédiateur, l'acide gamma amino-butyrique (GABA), qui joue un rôle central dans les addictions, et où des études menées sur des animaux avaient montré une réduction très nette de l'appétence (*craving*) pour l'alcool et d'autres drogues comme la cocaïne après administration de baclofène. Cette action ne se manifeste cependant en général que pour des dosages beaucoup plus élevés que la dose maximale autorisée, ce qui explique que cet effet pour le traitement des addictions chez l'homme n'ait pas été mis en évidence auparavant.

Le témoignage d'Olivier Ameisen a enclenché un mouvement en faveur de la prescription du baclofène pour les personnes souffrant d'alcoolo-dépendance. Même s'il n'existe pas à l'heure actuelle de données émanant d'une source officielle sur le nombre de personnes qui se sont fait prescrire du baclofène pour

traiter leur addiction à l'alcool, il y a tout lieu de penser que celui-ci est d'ores et déjà prescrit à un nombre important de patients souffrant de ces problèmes. Des sources officieuses font état d'une augmentation importante des ventes de ce médicament entre 2004 (1,2 million de boîtes remboursées) et la période allant de mars 2012 à février 2013 (3,9 millions de boîtes délivrées) [169].

La prescription de ce médicament hors indication soulève plusieurs problèmes. Il s'agit d'abord de l'absence d'études cliniques menées selon les standards internationaux donnant des résultats incontestables quant à l'action du baclofène sur la dépendance à l'alcool, restriction néanmoins contestée par certains médecins prescripteurs à des malades alcooliques. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a autorisé en 2012 deux essais cliniques, un en médecine de ville (Bacloville) et l'autre en milieu hospitalier (Alpadir), pour combler cette lacune. La deuxième question, liée à la première, tient à l'absence de données suffisantes sur la sécurité d'emploi du baclofène à des dosages élevés. À l'heure actuelle, le principal effet secondaire de ce médicament semble être la somnolence.

D'après la revue de littérature sur le baclofène réalisée sous l'égide de la SFA [192], la tolérance aux doses élevées apparaît globalement satisfaisante dans les études disponibles en 2012, mais celles-ci restent trop limitées en ce qui concerne le nombre de patients inclus et la durée de suivi pour avoir un niveau suffisant de certitudes quant aux risques encourus.

Un débat assez passionnel oppose donc des partisans inconditionnels du baclofène, qui mettent en avant d'innombrables témoignages de patients « guéris » et l'importance du bénéfice en vies sauvées, à des médecins plus sceptiques. Dans ce contexte, l'ANSM indique, à l'occasion de son point d'information d'avril 2012, que ce traitement ne peut s'envisager qu'« au cas par cas, prescrit et surveillé par des praticiens expérimentés dans la prise en charge de l'alcoolo-dépendance, avec une adaptation posologique individuelle et une surveillance rapprochée de la réponse thérapeutique et de la survenue des effets indésirables ».

Le baclofène n'est pas le seul traitement médicamenteux disponible dans la prise en charge des problèmes d'alcool. Trois médicaments d'aide au maintien de l'abstinence sont prescrits depuis assez longtemps : le disulfirame, l'acamprosate et la naltrexone. Le premier a un effet aversif (rougeurs, vertiges, vomissements parfois) en cas d'absorption d'alcool. Les deux autres diminuent l'envie de boire. Ces médicaments apportent une aide pour certains mais paraissent cependant d'une efficacité limitée. Un quatrième médicament, le nalméfène, a obtenu une autorisation européenne de mise sur le marché en 2013. Ce médicament est présenté comme permettant à des patients qui ne veulent pas s'engager dans l'abstinence totale de diminuer leur consommation. Il peut se prendre de façon ponctuelle lorsque l'envie de prendre de l'alcool devient trop forte.

Une autre limite concernant les données hospitalières tient à l'absence de système d'information permettant de recenser le nombre de patients vus par les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et dans les consultations hospitalières en addictologie. Les ELSA ont été créées en 2000 afin de favoriser la prise en charge des problèmes de consommation de substances psychoactives dans les services hospitaliers, quelles que soient leurs spécialités. Ces équipes, comprenant dans l'idéal un médecin, un(e) infirmier/ère, un(e) psychologue et/ou un(e) assistant(e) social(e), se déplacent à la demande des différents services auprès des malades hospitalisés ou dans les services d'urgence pour évaluer leurs problèmes d'addiction, initier un traitement le cas échéant, et orienter le patient vers une prise en charge adaptée à sa sortie de l'hôpital. Les consultations hospitalières en addictologie permettent d'accueillir en ambulatoire des patients avec des problèmes d'addiction. En 2010, 297 établissements de santé déclarent être dotés d'une ELSA et 476 d'une consultation en addictologie. Ces chiffres sur les nombres de structures ne doivent pas masquer une très grande variété dans les capacités de prise en charge, le nombre d'emplois en équivalent temps plein (ETP) par ELSA ou par consultation pouvant varier de 0,1 ETP par semaine à plusieurs ETP.

En 2009, les médecins de ville ont vu environ 50 000 patients par semaine pour un sevrage alcoolique. Ce nombre est resté stable entre 2003 et 2009 [110]. Par ailleurs, les médecins de ville jouent un rôle important dans la prescription des TSO. Ils peuvent prescrire en relais de la méthadone à un patient dont le traitement a été au préalable initié dans un centre spécialisé (un CSAPA depuis 2007) ou dans un établissement hospitalier. Ils ont aussi la possibilité de prescrire un traitement à la BHD, en initiation ou en relais. Au cours d'un mois, les médecins généralistes ont vu un nombre estimé à 110 000 consommateurs d'opiacés en 2009, dans la plupart des cas pour une prescription d'un TSO. En 2003, le nombre de ces patients vus dans le mois était d'environ 97 000 [109] . Pour l'ensemble de l'année 2011, la Caisse nationale d'assurance maladie a effectué des remboursements pour 135 000 patients ayant eu une prescription de TSO par un médecin de ville (voir chapitre 3.2).

Tabac

Le sevrage tabagique revêt différentes formes et peut se faire sans l'aide d'un médecin, puisque des aides médicamenteuses peuvent être délivrées en pharmacie sans ordonnance. Les personnes dépendantes au tabac peuvent néanmoins se tourner vers des structures spécialisées

qui s'adressent en priorité aux fumeurs ayant échoué dans leur tentative d'arrêt ou rechuté à plusieurs reprises ainsi qu'à ceux souffrant de pathologies liées au tabac et qui continuent de fumer. En 2012, il existait environ 660 consultations de tabacologie, dont environ 115 pour lesquelles on dispose de données sur les fumeurs reçus [187]. Les stratégies thérapeutiques de ces consultations sont mal connues mais les recommandations de bonne pratique vont dans le sens d'une prise en charge globale, médicamenteuse (substituts nicotiniques et médicaments pour l'arrêt du tabac) et non médicamenteuse (thérapies cognitivo-comportementales, entretien motivationnel, etc.) [2, 114]. La Haute autorité de santé a mené un travail d'actualisation de ces bonnes pratiques pour améliorer le repérage, l'aide au sevrage et son maintien, dans un contexte de remontée du tabagisme : ses conclusions devraient être disponibles au deuxième trimestre 2013 [115].

Légère hausse du nombre de patients pris en charge

En 2012, les consultations spécialisées en tabacologie, en grande majorité hospitalières, qui disposent d'un recueil informatisé de leur activité (environ 115 structures) ont accueilli plus de 21 000 nouveaux patients, soit en moyenne 15,2 par mois et par centre, un chiffre en légère hausse par rapport à 2011. Parmi ces nouveaux patients, plus de la moitié (53 %) est adressée par un professionnel de santé et 42 % entament une démarche personnelle (le reste venant sur demande de l'entourage). Parallèlement, chaque centre suit en moyenne 28,3 patients dans le cadre d'un sevrage tabagique [47, 158].

En 2009, la proportion de médecins ayant vu, au cours des sept derniers jours, au moins un patient dans le cadre d'un sevrage tabagique est quasiment stable par rapport à 2003 (68,6 %). En revanche, la part de ceux en ayant vu au moins trois a presque doublé en dix ans (17,4 % contre 9,7 % en 1998). Ainsi, environ 90 000 personnes par semaine sont reçues par un médecin généraliste pour un sevrage tabagique. Près de 16,5 % des médecins sont en liaison avec une structure spécialisée pour la prise en charge de leurs patients fumeurs. L'utilisation de questionnaires de repérage du tabagisme a très fortement progressé entre 2003 et 2009, passant de 6,3 % des médecins à 34 % [110].

Par ailleurs, depuis 2007, les CSAPA ont vocation à pouvoir prendre en charge des personnes en difficulté avec le tabac : en 2010, ces structures font état au total de 13 700 fumeurs pour lesquels ce produit est celui qui pose le plus de problème et motive la consultation, soit environ 5 % du public accueilli [193].

Un peu plus de femmes que d'hommes

Les dossiers de 21 025 patients reçus pour la première fois en 2012 dans des consultations de tabacologie ont été enregistrés et analysés. Les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes (52 % contre 48 %) ; elles ont en moyenne 4,5 ans de moins (42,9 ans contre 47,5). Leur consommation journalière de cigarettes (manufacturées et roulées) est élevée : 21,3 en moyenne pour les hommes et 18,3 pour les femmes. Par ailleurs, les patients hommes déclarent boire en moyenne 1,6 verre d'alcool par jour et les femmes 0,5 [45].

Hausse des ventes de traitements pour l'arrêt du tabac

Depuis la mise en vente libre des substituts nicotiniques, fin 1999, les fumeurs ne sont plus obligés de consulter un médecin pour entreprendre leur sevrage. Entre 2000 et 2012, les ventes de ces produits ont presque doublé, sous l'impulsion du marché des gommes à mâcher et des comprimés. Depuis 2007, le marché des traitements pour l'arrêt du tabac atteint autour de deux millions d'« équivalents patients traités » par an. Par ailleurs, les substituts sous forme orale constituent depuis 2008 la part la plus importante des ventes en nombre de traitements, alors qu'il s'agissait auparavant des timbres transdermiques (ou « patchs »). Le Champix® (varénicline) a connu un succès important après sa commercialisation, en 2007, mais ses ventes ont été divisées par 3 entre 2010 et 2012 (en « équivalents patients traités »). Une évolution assez proche de celle du Zyban® (bupropion), très populaire entre 2002 et 2006, mais qui ne représente plus que 0,5 % du marché en 2012. Ces deux médicaments pour l'aide à l'arrêt du tabac font les frais de mises en garde sur leurs effets secondaires (troubles dépressifs, problèmes cardiaques, vertiges, etc.), relayés par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Enfin, les ventes d'inhaleurs ont reculé de 13,2 % entre 2011 et 2012, représentant 0,7 % du marché, soit l'équivalent de 16 700 patients traités. Depuis 2007, l'Assurance maladie rembourse forfaitairement à hauteur de 50 euros par an (150 euros pour les femmes enceintes depuis 2011) les substituts nicotiniques acquis sur prescription : en 2011, 372 404 personnes ont bénéficié de ce dispositif contre 336 000 en 2010 [158].

Recours en hausse au dispositif d'aide en ligne

Le nombre d'appels à la ligne spécialisée d'aide à l'arrêt du tabac, Tabac Info Service, avait considérablement augmenté en 2003 et 2004, au moment des fortes hausses du prix du tabac et de l'apposition du

numéro sur certains paquets. Après une baisse entre 2005 et 2008, les appels avaient repris en 2010 : 48 117 appels ont été enregistrés, un niveau jamais atteint depuis 1998 (date de création de la ligne), en grande partie grâce à l'apparition du numéro court (le 39 89). En 2011, le nombre d'appels s'est maintenu à un niveau élevé (47 679 appels), avec l'inscription obligatoire du numéro sur tous les paquets. Par ailleurs, le site www.tabac-info-service.fr propose notamment un coaching d'aide à l'arrêt du tabac. En 2010, le site avait reçu plus de 707 000 visites et 6 620 personnes s'étaient inscrites au coaching personnalisé. En 2011, près de 668 000 visites ont été dénombrées (- 5,6 %) et le coaching a permis de recruter 17 585 fumeurs souhaitant arrêter ou réduire leur consommation [157].

Repères méthodologiques

ASA-CAARUD ; Baromètre santé médecins généralistes ; Données de remboursement de l'Assurance maladie (SNIIRAM/EGB) ; ENaCAARUD ; PMSI ; Rapports d'activité des CSAPA ; RECAP ; Tableau de bord tabac.

3.2
Traitements de substitution aux opiacés

Anne-Claire Brisacier, Agnès Cadet-Taïrou

Au milieu des années 1990, l'épidémie de sida a fortement touché les usagers de drogues par voie injectable, amenant les pouvoirs publics à mettre en place une politique de réduction des risques incluant plusieurs options thérapeutiques et de soutien aux personnes dépendantes aux opiacés, parmi lesquelles les traitements de substitution aux opiacés (TSO), introduits tardivement en comparaison d'autres pays. La substitution consiste à prescrire des médicaments à base de dérivés morphiniques pour compenser les effets du manque lors de l'arrêt de la consommation d'héroïne (ou d'autres opiacés illicites). Ces traitements s'insèrent dans une prise en charge globale, médicale, psychologique et sociale. Malgré un démarrage très polémique en France, où le sevrage a longtemps été considéré comme la seule option thérapeutique, la substitution aux opiacés s'est développée rapidement. Après plus de quinze ans de prescription, l'impact socio-sanitaire est clairement positif. Les traitements de substitution permettent une rupture du cycle de dépendance au produit beaucoup plus rapide que par le passé ainsi qu'une amélioration des conditions de vie et de l'accès au soins [66, 181]. Enfin, le point le plus remarquable est la baisse importante du nombre des décès par surdoses, bien qu'à partir de 2004, on observe à nouveau une hausse du nombre de surdoses mortelles, sans toutefois atteindre les niveaux du milieu des années 1990 [65, 66, 133, 159] (voir chapitre 3.5).

Un cadre de prescription moins souple pour la méthadone que pour la buprénorphine haut dosage

Le cadre de prescription mis en place en 1995 est structuré autour de deux médicaments : la méthadone, classée comme stupéfiant, et la buprénorphine haut dosage (BHD, dont le médicament princeps est le Subutex®), inscrite en liste I mais avec les règles de prescription et de délivrance des stupéfiants (voir chapitre 8.4). En France, la méthadone se présente sous forme de sirop et depuis 2008 de gélule, la BHD sous forme de comprimés sublinguaux. Cette dernière est disponible sous forme de médicament générique depuis 2006. La buprénorphine en association avec la naloxone, un antagoniste opiacé (Suboxone®), a été mise sur le marché en janvier 2012 sous forme de comprimés sublinguaux. Cette association a pour objectif la prévention du mésusage de la BHD en provoquant des symptômes de sevrage en cas de recours à la voie injectable.

Les traitements par méthadone doivent être initiés par des médecins exerçant dans un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou à l'hôpital. Le relais par un médecin de ville est possible une fois le patient stabilisé (patient capable de gérer de façon autonome son traitement, posologie de méthadone équilibrée, dosages urinaires négatifs aux opiacés). La BHD bénéficie d'un cadre plus souple de prescription, l'initiation du traitement pouvant être pratiquée par tout médecin [181], car elle ne présente pas ou peu de risque de surdose en l'absence de consommation conjointe d'autres psychotropes. Par ailleurs, la méthadone peut être prescrite pour une durée maximale de 14 jours, alors qu'elle est de 28 jours pour la BHD. Les principaux prescripteurs de traitements de substitution en médecine de ville sont les médecins généralistes (98 %) [31, 42]. Les sulfates de morphine (Moscontin®, Skenan®), analgésiques majeurs, sont parfois prescrits comme substitutifs de l'héroïne, bien que ne disposant pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour cette indication.

En juin 2004, après dix ans d'expérience d'une diffusion large des traitements de substitution en France, une conférence de consensus a permis de réaliser un bilan des connaissances, et une réflexion sur les pratiques a été menée à l'initiative de la Fédération française d'addictologie (FFA) [97]. Le jury de cette conférence a fixé trois objectifs principaux :

- élargir l'accessibilité aux personnes les plus précaires ;
- améliorer la prescription des traitements de substitution, notamment en donnant aux prescripteurs le choix de la molécule utilisée ;
- renforcer la sécurité de leur dispensation.

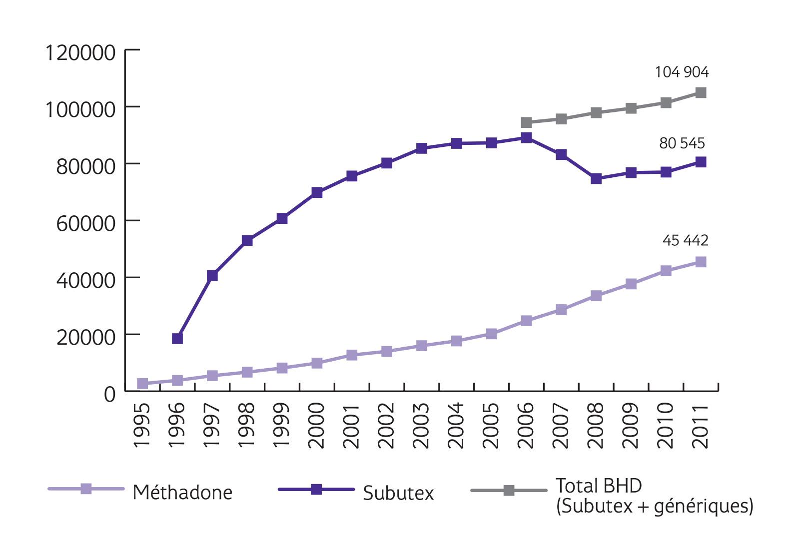
Une disponibilité croissante des traitements

La part prépondérante de la BHD

Le nombre de personnes ayant eu un remboursement ou une délivrance de traitement de substitution aux opiacés (TSO) en ville ou en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ne cesse d'augmenter depuis le milieu des années 1990 et se situerait en 2010 autour de 170 000 [3, 193].

En 2011, d'après les données de vente, le nombre de patients théoriques recevant de la BHD est estimé à près de 105 000, contre 18 500 en 1996, année de son introduction. Il s'élève à plus de 45 000 pour la méthadone, contre 2 700 en 1995 (sous l'hypothèse d'une dose moyenne quotidienne de 8 mg pour la BHD et de 60 mg pour la méthadone tout au long de l'année). Le nombre de patients théoriques est moindre que celui de patients remboursés ou ayant eu une délivrance, ces derniers ne suivant pas nécessairement un traitement sur la totalité de l'année (graphique 1).

Graphique 1 - Estimation du nombre de personnes théoriques recevant un traitement de substitution, 1995-2011



Sources : SIAMOIS (InVS, estimations OFDT)

Vers un rééquilibrage au profit de la méthadone

Entre la méthadone, réputée pour apporter une meilleure satisfaction mais associée à un risque de surdose plus important, et la BHD, plus « mésusée », détournée et injectée, la Conférence de consensus sur les traitements de substitution de juin 2004 recommande que le choix thérapeutique soit, non pas contraint par le cadre réglementaire et l'offre de soins existante, mais orienté selon les contre-indications et indications préférentielles de chaque molécule. Ainsi depuis 2005, la tendance est à une augmentation plus rapide du nombre de patients sous méthadone que de celui des patients sous BHD. La part des premiers ne cesse donc d'augmenter : en 2010, 38 % des patients sous TSO reçoivent de la méthadone, que le traitement soit délivré en ville ou en CSAPA [3, 193]. Toutefois, la part des patients sous méthadone reste très inférieure par rapport à la plupart des pays de l'Union européenne (UE). Hormis en France, la BHD constitue le principal TSO dans cinq pays (République tchèque, Grèce, Chypre, Finlande et Suède) et au total, près des trois quarts des patients en traitement de substitution en Europe reçoivent de la méthadone [90, 179].

Cependant, bénéficiant d'une large diffusion en France, la BHD est également, bien plus que la méthadone, prise dans un usage non thérapeutique (pour gérer le manque d'autres opiacés ou obtenir un effet psychoactif, souvent en association avec d'autres produits) et fait l'objet d'un trafic. En marge des patients en traitement régulier (délai entre deux délivrances de moins de 45 jours), qui représentent les trois quarts des personnes recevant des prescriptions de BHD, environ un quart des personnes reçoivent des prescriptions de manière discontinue, voire ponctuelle [31]. Enfin, les consommateurs qui se procurent de la BHD uniquement sans prescription sont difficiles à dénombrer. De ce fait, la part des patients traités par méthadone parmi ceux réellement insérés dans un processus de soins est probablement plus élevée que ne l'indiquent les données de vente ou de remboursement.

Une plus grande implication des médecins généralistes

En 2009, la moitié des médecins généralistes a reçu au moins un usager de drogues dépendant aux opiacés par mois. En moyenne, les médecins recevant des usagers de drogues dépendants aux opiacés en voient 3,6 par mois. Parmi ces médecins, la part de ceux prescrivant un TSO n'a pas significativement évolué entre 2003 et 2009 (90 %) ; en revanche, la proportion de praticiens prescrivant de la méthadone est passée de 26 % à 38 % sur cette période [110]. En 2011, les prescriptions pro-

viennent exclusivement de généralistes libéraux pour 79 % des patients ayant eu des remboursements de BHD en ville et 55 % s'ils sont sous méthadone [31].

En 2010, on estime que près de 24 500 patients ont eu une prescription de méthadone dans un CSAPA et 13 000 une prescription de BHD. Ainsi, en CSAPA, les patients sous TSO reçoivent, pour les deux tiers, des prescriptions de méthadone [193].

Une accessibilité qui progresse en milieu carcéral mais ne laisse pas toujours le choix du TSO

Tandis que la proportion de consommateurs d'opiacés illicites chez les entrants l'année précédant une incarcération a diminué de moitié entre 1997 et 2003, passant de 14,4 % à 6,5 % (et n'est plus renseigné depuis) [166], la part de détenus sous TSO ne cesse, elle, d'augmenter.
Parmi les détenus, la part des bénéficiaires d'un traitement de substitution est estimée en 2010 à 7,9 %, soit environ 5 000 personnes, dont 68,5 % sous BHD. Elle est significativement plus élevée chez les femmes [82]. La part des personnes sous TSO est en augmentation par rapport à 1998 et 2004 (elle était alors respectivement à 2,2 % et 6,6 %).
En 2010, l'expertise collective de l'INSERM relative à la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues recommandait que le principe d'équité d'accès aux soins et aux mesures de réduction des risques entre prison et milieu libre soit appliqué [126].
L'accès aux TSO est désormais effectif dans tous les établissements pénitentiaires, ce qui n'était pas le cas en 2004 [171]. En outre, pour 31 % des détenus sous TSO, le traitement a été initié durant l'incarcération [82]. Néanmoins, la diversité de l'offre est insuffisante : 5 % des établissements ne proposent que l'une des deux molécules. Enfin, la continuité des soins à la sortie de prison doit être améliorée en généralisant des procédures formalisées pour les patients sous TSO. Celles-ci n'existent que dans 55 % des établissements [82].

Des traitements pris au long cours

La plupart des personnes recevant un traitement de substitution sont des hommes (77 % pour la BHD, 75 % pour la méthadone) [31]. Leur moyenne d'âge se situe entre 35 et 36 ans (qu'elles soient sous BHD ou

sous méthadone et qu'elles aient acquis leur traitement en pharmacie de ville ou soient suivies en CSAPA) [31, 182]. Les TSO s'inscrivent dans la durée, compte tenu des risques de rechute à l'arrêt du traitement : les patients suivis en CSAPA ont débuté leur traitement depuis cinq ans en moyenne et 35 % d'entre eux le prennent depuis plus de cinq ans [182]. Compte tenu du faible nombre de patients arrêtant leur traitement, la population sous TSO vieillit.

Détournement et mésusages

S'il a contribué à améliorer l'état de santé et les conditions de vie des personnes dépendantes aux opiacés, le développement des TSO s'est accompagné de détournements des médicaments et d'usages non conformes aux prescriptions [21, 127]. Ceux-ci ont surtout été rapportés à propos de la BHD mais concernent également la méthadone, au fur et à mesure que se développe sa prescription [37].

Le détournement désigne la revente des produits prescrits sur le marché noir local, voire international, à Paris et dans les régions frontalières. Il a connu une croissance importante au début des années 2000. Fin 2002, entre 21 % et 25 % des doses prescrites étaient revendues [36]. La part de BHD détournée a diminué depuis la mise en place en 2004 d'un plan de contrôle de l'Assurance maladie relatif aux consommations de médicaments de substitution aux opiacés (MSO) suspectes de mésusage : la part des patients recevant un dosage moyen quotidien supérieur à 32 mg/j (posologie très supérieure à la dose maximale, fixée à 16 mg/j) a été divisée par plus de trois entre 2002 et 2007, elle est stable depuis (1,7 % des patients remboursés de BHD en 2011) [34, 42]. Cependant, les observations qualitatives montrent que la BHD est toujours facilement accessible au marché noir, soutenu par une activité diffuse de « petite revente » d'une part et par une activité de trafic plus centralisée d'autre part, organisée par des personnes souvent non usagères de drogues. Le marché parallèle de la méthadone a progressé depuis 2005, mais reste toutefois limité le plus souvent à des pratiques d'échanges et de dépannage entre usagers [37].

Le terme « mésusage » recouvre en fait différentes pratiques :

- l'autosubstitution : il s'agit d'un usage de type « thérapeutique » où le médicament vient se substituer pour tout ou partie à une consommation antérieure d'héroïne, dans le but d'en arrêter ou d'en réduire la consommation, mais en dehors de tout protocole médical. Cette étape précède fréquemment la demande « officielle » de traitement ;

- l'usage « toxicomaniaque » : le médicament, le plus souvent la BHD, est alors utilisé comme une drogue parmi d'autres. De nombreuses personnes fréquentant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) recherchent une « défonce » avec la BHD, en marge de sa finalité thérapeutique, en particulier les usagers les plus précarisés. Cette pratique peut concerner des personnes préalablement dépendantes à un opiacé, mais aussi d'autres pour lesquelles la BHD est le premier opiacé consommé ou le premier à l'origine d'une dépendance (usage non substitutif) [93]. La part des usagers des CAARUD qui indiquent consommer ces médicaments hors suivi médical atteint 21 % pour la BHD comme pour la méthadone [33]. Cependant, à l'échelle de la population française, cette pratique paraît très rare ;
- le recours à une voie d'administration autre que sublinguale : l'injection est pratiquée par 35 % des consommateurs de BHD vus dans les CSAPA et par 51 % de ceux rencontrés dans les CAARUD. Même bien insérés dans un processus de soins, certains usagers de drogues ne parviennent pas à renoncer à la pratique de l'injection. Le sniff concerne 24 % des consommateurs de BHD (que ce soit dans les CSAPA ou les CAARUD) [33, 182]. La « chasse au dragon » est utilisée plus rarement (6 % des usagers dans les CAARUD) [33]. Or l'utilisation de voies d'administration autres que sublinguale augmente la dose nécessaire durant la journée et l'injection de la BHD – théoriquement non injectable – entraîne de très fréquentes complications (voir chapitre 3.5). L'injection de la méthadone après dilution du sirop dans de l'eau reste une pratique très marginale ;
- l'association problématique à d'autres produits (benzodiazépines à doses non thérapeutiques, alcool) qui majore le risque d'effets indésirables, en particulier la survenue de détresse respiratoire.

Les perceptions des TSO

Largement connus des Français (7 sur 10), les traitements de substitution recueillent également une adhésion massive : en 2008, près des trois quarts d'entre eux se montraient favorables à leur prescription [68]. Cette appréciation positive était pourtant en léger recul par rapport à 2002.

Concernant les patients sous TSO, leur point de vue est peu documenté en France. Une étude qualitative récente menée en 2009/2010 auprès de personnes suivant un traitement dont l'ancienneté était variable apporte toutefois un éclairage sur l'expérience de la substitution.

Ces patients oscillent dans leur perception des MSO entre médicament et drogue. Le phénomène est davantage marqué pour la BHD que pour la méthadone, dont le mode de dispensation est plus contrôlé, qui est rarement injectée et qui jouit d'une image thérapeutique plus affirmée. Cette vision des MSO peut amener les patients à douter de leur finalité, entre projet exclusivement thérapeutique et substitution comme outil de contrôle social.

L'efficacité des traitements est globalement reconnue par les patients, notamment en ce qui concerne le manque et la douleur. Au moment de l'entrée dans la substitution, la relation thérapeutique est centrée sur la question du dosage. Puis le rapport au traitement évolue et le mésusage s'estompe. Quant à la sortie de la substitution, bien qu'espérée par les patients, cette perspective s'amenuise au fil du temps, tandis qu'une partie d'entre eux ne l'envisage même plus. Finalement, entre une attitude plus ou moins conformiste ou « déviante » par rapport aux règles inhérentes à ces traitements, différents profils émergent, entre lesquels les patients recevant un TSO peuvent évoluer [39, 64, 151].

Repères méthodologiques

Baromètre santé médecins généralistes ; Données de remboursement de l'Assurance maladie (SNIIRAM/EGB) ; ENaCAARUD ; EROPP ; ESCAPAD ; Étude « Les traitements de substitution vus par les patients » ; OEDT ; Prévacar ; SIAMOIS ; Rapports d'activité des CSAPA ; RECAP ; TREND.

3.3 Morbidité et mortalité liées à l'alcool

Christophe Palle

La consommation d'alcool peut être à l'origine de dommages pour la santé, avec un risque qui augmente suivant les quantités et la durée d'usage. La consommation chronique est particulièrement cancérigène, favorisant l'apparition de cancers des voies aérodigestives supérieures (bouche, pharynx, œsophage et larynx), du côlon-rectum, du sein et du foie. Cette toxicité atteint également le système cardio-vasculaire, provoquant notamment de l'hypertension artérielle et des accidents vasculaires cérébraux. L'alcool est aussi toxique pour le foie (cirrhoses), pour le système nerveux (troubles des fonctions intellectuelles, atteintes du cerveau, atteintes des nerfs et polynévrites touchant surtout les membres inférieurs). Une absorption ponctuelle excessive provoque des troubles du comportement, responsables notamment d'une multiplication des erreurs lors de l'exécution de tâches, et d'un effet désinhibiteur pouvant induire des prises de risques. L'alcool est ainsi fréquemment impliqué dans les accidents (de la route, professionnels ou de la vie courante), dans les suicides et lors des rixes. La consommation d'alcool par la mère au cours de la grossesse expose l'enfant à des risques de troubles du développement. Une diminution de la mortalité par pathologies cardiovasculaires et par diabète de type 2 est observée pour de faibles consommations quotidiennes, le rôle exact de l'alcool dans cette baisse de la mortalité restant cependant encore discuté [122].

Mortalité : les hommes près de trois fois plus concernés

Pour un certain nombre de maladies, la consommation d'alcool est le seul facteur de risque et la totalité des décès observés lui est attribuable.

C'est le cas, par exemple, des cardiomyopathies alcooliques, des maladies chroniques alcooliques du foie ou des polynévrites alcooliques (voir le tableau 2 pour la liste complète de ces maladies). Mais pour de nombreux autres décès, comme ceux provoqués par certains cancers ou certaines maladies du cœur et de l'appareil circulatoire, ou des décès par accidents, l'alcool n'est pas le seul facteur de risque et il faut alors calculer quelle part de ces décès (fraction attribuable) est provoquée par la consommation d'alcool. Ce calcul repose sur la connaissance de l'augmentation des risques de décès chez les buveurs relativement à des non-buveurs (risques relatifs).

Tableau 1 - Risques relatifs de décès suivant la pathologie et les quantités d'alcool consommées

Cause de décès		Dose en grammes par jour		
		25	50	100
Cancer	Cavité buccale	1,8	3,0	6,7
	Pharynx	2,0	3,8	11,6
	Œsophage	2,8	5,1	11,0
	Côlon et rectum	1,2	1,4	1,8
	Foie	1,2	1,4	1,8
	Larynx	1,5	2,1	3,8
	Sein	1,3	1,7	3,0
Maladies cardiovasculaires	Maladies hypertensives ♂	1,3	1,6	2,6
	Maladies hypertensives ♀	1,3	1,8	2,8
	Cardiopathie ischémique	0,8	0,9	1,1
	Arythmie cardiaque	1,7	2,1	3,1
	Accident vasculaire cérébral hémorragique	1,1	1,2	2,4
	Accident vasculaire cérébral ischémique	0,9	1,1	1,5
Maladies digestives	Cholélithiase	0,8	0,6	0,4
	Pancréatite	1,1	1,4	4,8
Diabète et épilepsie	Diabète de type 2	0,7	0,8	1,5
	Épilepsie et mal épileptique	1,4	1,9	3,4
Accidents et violences		1,1	1,3	1,6

Note : Un risque relatif supérieur à 1 signifie que les buveurs encourent un risque de décès plus élevé que les non-buveurs. Une valeur inférieure à 1 indique à l'inverse un effet protecteur de l'alcool, le risque de décès étant alors inférieur chez les buveurs que chez les non-buveurs

Source : Guérin et coll. [113]

L'ensemble des risques relatifs utilisés dans la dernière étude sur les décès liés à l'alcool en France [113] figure dans le tableau 1. Ces données montrent que les surrisques de décès augmentent avec les quantités

mais qu'ils apparaissent aussi, le plus souvent, pour les doses les plus faibles du tableau (25 g, soit environ 2 verres et demi d'alcool par jour). Par ailleurs, ce surrisque existe également chez les personnes qui, sans boire quotidiennement, consomment une quantité équivalente, mais de façon concentrée, par exemple en fin de semaine. Les risques relatifs sont très supérieurs aux autres, quelle que soit la dose, pour les cancers de la cavité buccale, du pharynx et de l'œsophage, cancers pour lesquels tabac et alcool sont conjointement impliqués.

Le calcul des fractions attribuables

Lorsque l'alcool est seul en cause dans une pathologie, la fraction attribuable est, par définition, égale à 100 %. Lorsque l'alcool n'est pas le seul facteur de risque, il faut alors déterminer la part de ces décès attribuables à l'alcool. Ce calcul repose sur la mesure de l'augmentation de risque de décès chez les buveurs et du nombre de buveurs qui s'exposent à ce risque.

Les valeurs des risques relatifs présentées dans le tableau I sont issues d'une compilation d'études de cohorte, ou cas témoin, qui permettent de comparer la mortalité pour une cause donnée parmi des personnes qui consomment de l'alcool (en distinguant différents niveaux de consommation) et des personnes qui ne consomment pas d'alcool. Le rapport entre le taux de mortalité chez les buveurs et chez les non-buveurs permet de mesurer si la consommation d'alcool se traduit par une surmortalité relativement à une population témoin, celle qui ne boit pas d'alcool.

Une fois connus ces risques relatifs, l'impact de l'alcool sur la mortalité dans une population dépend ensuite de la part de celle-ci concernée par les différents niveaux de consommation, par sexe et par âge. Cette proportion est estimée en répartissant la quantité d'alcool mise en vente sur le territoire français en 2009 (source : INSEE), en fonction des quantités déclarées dans une enquête auprès d'un échantillon représentatif de la population française (enquête INSEE récente).

La notion de risque relatif compare la mortalité chez des buveurs et des non-buveurs sans chercher à faire apparaître le rôle des autres facteurs de risques. Pour de nombreuses causes de décès intervenant chez les buveurs d'alcool, par exemple les cancers de la bouche et de la gorge, le tabac est également un facteur de risque. L'association de ces deux facteurs, très fréquente chez les buveurs, fait courir un risque de décès particulièrement important, les deux risques se renforçant mutuellement. Une partie de la mortalité attribuable à l'alcool, est en fait liée à la consommation associée de ces deux substances. Il en résulte que les chiffres de mortalité attribuable à l'alcool et ceux de mortalité attribuable au tabac ne peuvent s'additionner, cette somme incluant des doubles comptes.

À partir de ces risques relatifs et de la proportion de consommateurs d'alcool dans la population, il est possible de calculer des fractions attribuables, c'est-à-dire les proportions du nombre total de décès recensés concernant chaque pathologie pouvant être attribuée à l'alcool. En utilisant les statistiques de mortalité par cause de décès, on obtient des nombres de décès par cause et, par sommation, le nombre total de décès attribuables à l'alcool (tableau 2).

Tableau 2 - Fractions attribuables à l'alcool et nombre de décès suivant la pathologie et le sexe en 2009

	Fraction attribuable		Nombre de décès dus à l'alcool		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Total
Cancer	12 %	6 %	11 197	4 003	15 200
Bouche	75 %	36 %	951	178	1 129
Pharynx	86 %	49 %	1 842	172	2 014
Œsophage	84 %	53 %	2 860	467	3 327
Côlon et rectum	30 %	9 %	2 949	750	3 699
Foie	30 %	9 %	1 850	201	2 051
Larynx	60 %	24 %	745	35	781
Sein		18 %		2 199	2 199
Maladie cardiovasculaire	14 %	3 %	9 523	2 710	12 233
Maladie hypertensive	46 %	15 %	1 420	866	2 286
Cardiopathie ischémique	5 %	– 3 %	938	– 529	409
Cardiomyopathie alcoolique	100 %	100 %	74	10	84
Arythmie cardiaque	53 %	22 %	2 250	1 366	3 615
AVC hémorragique	48 %	8 %	3 704	827	4 531
AVC ischémique	19 %	2 %	1 050	150	1 200
Varices œsophagiennes	100 %	100 %	88	20	108
Maladies digestives	45 %	20 %	5 627	2 145	7 772
Gastrite alcoolique	100 %	100 %	0	0	0
Maladie alcoolique du foie	100 %	100 %	3 543	1 317	4 860
Hépatite chronique sans précision	100 %	100 %	15	10	25
Fibrose et cirrhose du foie	100 %	100 %	1 684	767	2 451
Cholélithiase	47 %	– 10 %	– 51	-19	– 70
Pancréatite	74 %	17 %	438	71	509
Autres maladies			3 441	634	4 075
Diabète de type 2	21 %	-4 %	638	– 143	494
Encéphalopathie de Wernicke	100 %	100 %	6	4	10
Maladies mentales dues à l'alcool	100 %	100 %	2 251	608	2 859
Dégénérescence du système nerveux due à l'alcool	100 %	100 %	75	26	101
Epilepsie et mal épileptique	53 %	18 %	459	137	596
Polynévrite alcoolique	100 %	100 %	12	4	16
Causes externes	25 %	18 %	5 545	2 609	8 154
Total causes précisées attribuables à l'alcool	13 %	5 %	35 334	12 101	47 435
Causes inconnues ou mal précisées	16 %	5 %	1 250	363	1 613
Mortalité totale attribuable à l'alcool	13 %	5 %	36 584	12 465	49 048

Note : La proportion de consommateurs d'alcool, suivant différents niveaux, étant très différentes chez les hommes et chez les femmes, les calculs doivent être effectués séparément pour chaque sexe.

Source : Guérin et coll.

En 2009, l'alcool est responsable de 49 000 décès, dont environ un tiers par cancer, un quart par maladie cardiovasculaire, 17 % par accidents ou suicides, 16 % par maladie digestive et 11 % pour d'autres causes.

Les décès liés à l'alcool sont majoritairement masculins (75 %). Pour la plupart des cancers dans lesquels l'alcool est impliqué, les hommes sont beaucoup plus touchés que les femmes (21 décès masculins pour 1 décès féminin pour le cancer du larynx, rapport de 15 à 1 pour le cancer de l'œsophage) sauf, bien entendu, pour le cancer du sein, qui représente à lui seul 22 % des décès féminins liés à l'alcool. Les hommes sont également beaucoup plus touchés que les femmes par les décès par accidents et suicides (10 hommes pour 1 femme). Au total, 13 % des décès masculins et 5 % des décès féminins sont attribuables à l'alcool. Cette différence est pour une large part le reflet de la proportion plus importante d'hommes consommateurs d'alcool que de femmes. Ainsi, en 2010, 18 % des hommes sont des consommateurs quotidiens d'alcool contre 6 % des femmes [12].

Évolution de la mortalité liée à la consommation

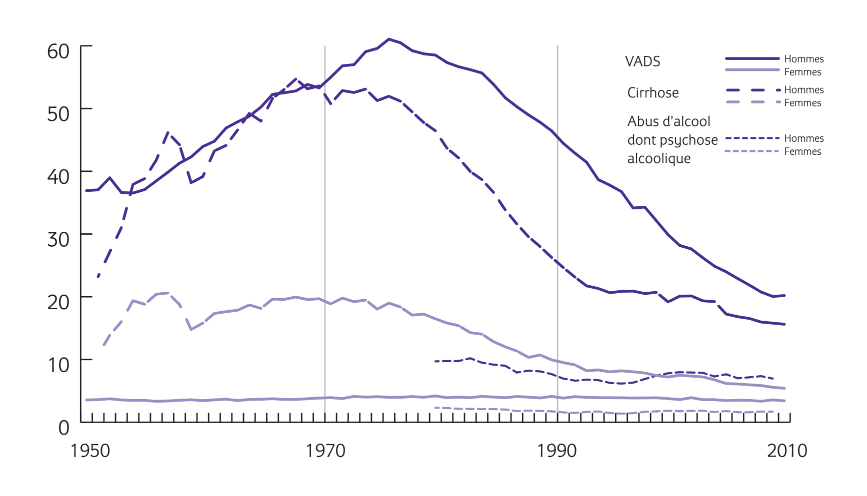
Les résultats de ce type sont souvent difficiles à comparer dans le temps. L'amélioration des connaissances a conduit à intégrer de nouvelles pathologies parmi celles dont l'alcool constitue un facteur causal, et, dans certains cas, à réviser les valeurs des risques relatifs. Il faudrait alors refaire les calculs du nombre de décès attribuables à l'alcool pour les périodes précédentes. Mais de tels chiffres « revisités » ne sont en général pas disponibles. Par ailleurs, les progrès thérapeutiques qui parviennent à réduire la mortalité peuvent également rendre plus complexe l'interprétation des évolutions.

Pour avoir malgré tout une idée des modifications de la mortalité liée à la consommation d'alcool au cours du temps, on peut se limiter à l'observation des causes de décès dont l'alcool est l'unique ou le principal facteur de risque. Trois causes sont en général utilisées : la cirrhose, le cancer des voies aérodigestives supérieures (conjointement lié au tabac et à l'alcool) et les maladies mentales liées à l'alcool.

Les taux de mortalité par cirrhose ont augmenté, chez les hommes comme chez les femmes, entre les années 1950 et la fin des années 1960, pour chuter fortement depuis (graphique 1). La consommation d'alcool a également rapidement augmenté en France depuis 1945 jusqu'à la fin des années 1950, sans toutefois revenir au niveau d'avant-guerre,

pour décroître ensuite régulièrement jusqu'à aujourd'hui. Il existe ainsi un décalage d'une dizaine d'années entre la baisse de la consommation d'alcool et celle de la mortalité par cirrhose, délai qui peut s'expliquer par le temps d'évolution de cette pathologie dans le contexte d'une lente évolution des consommations. Le rythme de diminution des taux de mortalité par cirrhose est devenu moins soutenu au début des années 1990, vraisemblablement en raison du rôle croissant des hépatites B et C dans la mortalité par cirrhose. Les taux de mortalité pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) ont augmenté chez les hommes jusque dans les années 1970. Le délai entre la baisse de la consommation d'alcool et de la mortalité s'explique là aussi par le temps d'évolution des cancers, mais également par l'augmentation de la consommation du tabac, à la même période, responsable conjointement avec l'alcool de la plupart de ces décès. Chez les femmes, beaucoup moins buveuses et fumeuses que les hommes, le taux de mortalité est resté plus stable, avec une lente tendance à l'augmentation qui se poursuit dans les années 2000, en raison de l'augmentation jusqu'au début des années 1990 puis de la stabilisation de la proportion de fumeuses dans la population française.

Graphique 1 - Évolution des taux de mortalité pour les cirrhoses du foie, les cancers des VADS et les psychoses alcooliques, chez les hommes et chez les femmes, 1950-2010



Source : C.Hill (Institut Gustave-Roussy)

Incidence des cancers des VADS en hausse chez les femmes

Ainsi, l'alcool, conjointement avec le tabac, est le principal facteur de risque pour les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS). Le taux d'incidence pour ces cancers a fortement baissé chez les hommes entre 1980 et 2005, passant de 68 cas pour 100 000 habitants à 37 [23]. D'après les projections réalisées par l'InVS, ce mouvement de baisse devrait se poursuivre entre 2005 et 2011 [131]. Comme pour la mortalité, cette évolution est liée à la diminution de la consommation d'alcool et de tabac chez les hommes. Le taux d'incidence, beaucoup plus faible chez les femmes, a en revanche progressé entre 1980 et 2005 de 5 pour 100 000 à 7,7, conséquence de l'augmentation passée de la proportion de fumeuses puis de sa stabilisation. Entre 2005 et 2011, ce taux devrait s'être stabilisé ou augmenter légèrement. En ce qui concerne les autres cancers pour lesquels l'alcool est impliqué, sans être le seul facteur de risque, les taux d'incidences entre 1990 et 2006 ont fortement progressé pour les cancers du foie et les cancers du sein et sont restés stables pour les cancers du côlon-rectum. L'alcool n'étant à l'origine que d'une partie de ces cancers, il est difficile de faire un lien entre l'évolution de l'incidence et celle de la consommation de ce produit.

Le risque du syndrome d'alcoolisation fœtale

Ce syndrome d'alcoolisation foetale se traduit par des retards de croissance, des anomalies psychomotrices et des malformations, de la face et du crâne en particulier. Les formes modérées de ce syndrome peuvent ne pas être diagnostiquées à la naissance, mais se traduire ensuite par des troubles du comportement et des difficultés d'apprentissage et d'adaptation de l'enfant. Le risque dépend étroitement de la vulnérabilité individuelle. Il semble avéré à partir d'une consommation quotidienne de 1 à 2 verres standards d'alcool ou d'une consommation ponctuelle de 5 verres, si celle-ci intervient à une période critique du développement du fœtus. Cependant, aucune quantité ne peut actuellement être garantie « sans conséquences » pour l'enfant. Il est donc recommandé aux femmes enceintes de s'abstenir de consommer de l'alcool pendant toute la grossesse.

L'incidence de ce syndrome se situerait entre 1 et 2 pour 1 000 naissances pour les formes sévères, soit environ 1 000 enfants touchés par an, et à 5 pour 1 000 pour les formes modérées (estimations réalisées sur la période 1986-1990) [75, 122, 217].

Sécurité routière : lourdes conséquences

En 2011, l'alcool est en cause dans 3 accidents mortels de la route sur 10. L'implication de l'alcool est mesurée par la présence dans un accident d'au moins un conducteur alcoolisé au-delà du seuil légal. Cette proportion est quasiment identique pour les personnes décédées dans un accident mortel : l'alcool est alors incriminé dans 31 % des cas, pourcentage qui, malgré des fluctuations, est resté à peu près identique depuis 2000. Au cours de cette décennie, cependant, le nombre global de décès dans les accidents de la route a diminué de moitié et il en va donc de même pour les décès avec implication de l'alcool. Il semble que, en dépit des campagnes d'information et de l'aggravation des peines encourues pour le conducteur alcoolisé en cas d'accident, les Français n'aient pas vraiment modifié leur comportement vis-à-vis de l'alcool au volant. Ces conducteurs alcoolisés semblent en revanche avoir bénéficié de la baisse de la vitesse de circulation, qui a entraîné une diminution générale des décès, même pour les accidents avec implication de l'alcool [154]. En 2011, près de 1 150 vies auraient pu être préservées si aucun conducteur n'avait conduit avec une alcoolémie illégale [81].

Comparaison européenne

Parmi 23 pays européens (Union européenne sans la Bulgarie, la Grèce, Malte ni la Lettonie mais avec la Norvège, la Suisse et la Croatie) pour lesquels les données sur le taux de mortalité par cirrhose alcoolique sont disponibles, la France se situe dans une position intermédiaire (dixième valeur la plus élevée), avec un taux de 13 pour 100 000 habitants pour les hommes et de 4,5 pour les femmes. Le taux de mortalité en France est proche de celui observé au Portugal et en Grande-Bretagne et inférieur, par exemple, à celui de la République tchèque (16), de l'Allemagne (18) et de la Hongrie (98) (données OMS). Une analyse portant sur l'évolution des taux de mortalité par cirrhose du foie entre les années 1960 et le début des années 2000 fait apparaître une baisse continue de ces taux depuis les années 1970 dans les pays méditerranéens, dont la France, États qui se classaient alors largement en tête de tous les pays européens. Les taux de mortalité par cirrhose du foie ont en revanche augmenté sur cette période dans presque tous les autres pays de l'Europe, à l'exception des pays scandinaves. Cette double évolution explique ainsi la position moyenne supérieure de la France au sein de l'UE [113].

Les taux de mortalité par cancer de la bouche et de l'œsophage chez les hommes (pour 100 000) sont en France en 2010 parmi les plus élevés de l'UE : 17 contre 14 en moyenne dans l'UE. Les taux sont plus élevés dans seulement les six pays suivants : Hongrie, Slovaquie et Roumanie, ainsi que dans les trois États baltes. La France fait cependant partie des quatre pays ayant connu la plus forte réduction de ces taux entre 2001 et 2010 [56]. Les taux féminins de mortalité pour ces cancers se situent en France au même niveau que la moyenne de l'UE (respectivement 3,1 et 3,3).

Repères méthodologiques

Fichier national des accidents corporels de la circulation routière ; Registre national des causes de décès ; Registres des cancers ; SAM ; Score-santé.

3.4
Morbidité et mortalité liées au tabac

Aurélie Lermenier

En France comme dans le monde, le tabac constitue la première cause de décès évitable [231], loin devant l'alcool et les drogues illicites. Il est directement à l'origine de broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et de certains cancers : poumon, voies aérodigestives supérieures (VADS), conjointement avec l'alcool, et vessie. Dans le cas du cancer du poumon, le surrisque est fonction de la dose mais surtout la durée d'exposition : doubler la dose double le risque alors que doubler la durée du tabagisme le multiplie par 16 à 32. Le tabac favorise également un grand nombre de pathologies, telles que les maladies cardio-vasculaires ou, chez les femmes, le cancer du col de l'utérus et les avortements spontanés. S'ajoutent à cela les risques subis par les nourrissons nés de mères fumeuses. Il s'écoule environ trente ans entre le moment où une génération commence à fumer régulièrement et l'apparition des signes épidémiologiques de dommages [118].

Produit à l'origine du plus grand nombre de décès

Contrairement à l'alcool, le tabagisme n'est jamais le seul facteur de risque, quelle que soit la pathologie. Pour estimer la mortalité globale qu'il entraîne, il est donc nécessaire de calculer la part attribuable au tabac dans les décès imputés à chacune des maladies ayant un lien avec cette consommation, en s'appuyant sur les risques relatifs (voir chapitre 3.3). Ceux-ci correspondent à l'augmentation du risque de décès encouru par les fumeurs par rapport aux non-fumeurs. En dehors du cancer du poumon, dont les fumeurs ont de treize à vingt fois plus de chances de décéder que les non-fumeurs [224], les risques relatifs les plus

élevés s'observent pour la BPCO et les accidents vasculaires cérébraux (tableau 1). Toutefois, l'arrêt du tabac permet de faire baisser le surrisque de décès, notamment pour le cancer du poumon, et ce d'autant plus qu'il intervient tôt dans la vie [198].

Tableau 1 - Risques relatifs de décès chez les fumeurs comparés aux non-fumeurs, selon la pathologie et le sexe

	Hommes	Femmes
Cancers (1)		
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	8,1	6,0
Estomac	2,2	1,5
Foie	2,3	1,5
Pancréas	2,2	2,2
Col de l'utérus		1,5
Vessie	3,0	2,4
Leucémie	1,9	1,2
Rein	2,5	1,5
Cardiopathie ischémique (2)		
30-44 ans	5,5	2,3
45-59 ans	3,0	3,8
60-69 ans	1,9	2,5
Accident vasculaire cérébral (2)		
30-44 ans	3,1	4,6
45-59 ans	3,1	4,6
60-69 ans	1,9	2,8
Maladie cardiaque hypertensive	2,0	2,1
Autres maladies cardio-vasculaires	2,2	2,0
Maladie pulmonaire chronique obstructive	10,8	12,3
Autres maladies respiratoires	1,9	2,2
Tuberculose	1,6	1,6

(1) Les cancers du poumon n'ont pas été intégrés dans ce tableau car la fraction attribuable au tabac pour cette pathologie est calculée selon une autre méthode que les risques relatifs tels qu'ils sont définis pour les autres localisations de cancers.
(2) Les risques relatifs de décès au-delà de 69 ans sont supérieurs à 1, signifiant que les fumeurs encourent un risque plus important de décéder que les non-fumeurs, mais n'ont pas été reportés ici car moins élevés qu'entre 30 et 69 ans, des âges pour lesquels on considère que les décès sont prématurés.

Exemple de lecture : Les hommes qui fument ont 8,1 fois plus de chances de décéder d'un cancer des VADS que les non-fumeurs, à âge égal ; le surrisque encouru par les fumeuses par rapport aux non-fumeuses pour cette pathologie est de 6.

Source : Organisation mondiale de la santé [231], pp.146-147, d'après Danaeai G. [180] et Khanna G. [139].

Ainsi, pour l'année 2004, dernière année avant l'entrée en vigueur de la Convention cadre de lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS (qui a réalisé ces estimations de mortalité pour chacun des pays dans le monde), le nombre annuel de décès attribués au tabagisme en France a été estimé à 73 000, dont un tiers par cancer du poumon. Le tabac est ainsi res-

ponsable d'un décès sur sept, soit 22 % de la mortalité masculine et 5 % de la mortalité féminine (tableau 2) [118].

Tableau 2 - Fractions et nombre de décès attribuables au tabac, par pathologie et par sexe, 2004

	Hommes		Femmes	
	FA(1) tabac	Nombre	FA(1) tabac	Nombre
Cancers du poumon	92 %	22 000	59 %	4 000
Autres cancers	22 %	16 000	3 %	2 000
Tous cancers	*39 %*	*38 000*	*8 %*	*6 000*
Maladies cardio-vasculaires	16 %	13 000	6 %	5 000
Maladies respiratoires (dont BPCO(2))	50 %	6 000	24 %	2 000
Maladies infectieuses	13 %	2 000	6 %	1 000
Total	22 %	59 000	5 %	14 000

(1) Fraction attribuable au tabac chez les plus de 30 ans
(2) Broncho-pneumopathie chronique obstructive

Source : Organisation mondiale de la santé pp.146-147, repris et complété par Hill C. [118].

Une mortalité surtout masculine, mais des évolutions contraires selon le sexe

La mortalité, tout comme l'incidence des maladies liées au tabac, est encore essentiellement masculine (81 % des décès), bien que, avec l'entrée des femmes dans le tabagisme depuis les années 1950, l'écart se resserre. Le tabac est un facteur important de mortalité prématurée : la moitié des décès a lieu avant 70 ans, ce qui représente 34 % de la mortalité des hommes et 11 % de celle des femmes dans la classe d'âge des 35-69 ans. L'espérance de vie d'un fumeur est réduite de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur [118].

Chez les hommes, grâce à la baisse du tabagisme masculin (combinée aux progrès thérapeutiques), la mortalité attribuable au tabac a régressé au milieu des années 1990, après avoir connu une augmentation continue au cours du XXe siècle [199]. Si la méthode de calcul a changé pour l'année 2004, ne permettant pas de comparaison stricte avec les années antérieures, le mouvement de progression semble bien enrayé chez eux. En revanche, pour les femmes, le poids du tabagisme sur la mortalité connaît une croissance continue depuis 1980, directement liée à la hausse du tabagisme chez celles-ci, qui semble se prolonger (et peut-être s'accentuer) entre 2000 et 2004 (graphique 1).

Graphique 1- Part des décès attribués au tabac par rapport à la totalité des décès, 1950-2004

Femmes tous âges
Hommes tous âges
Femmes 35-69 ans
Hommes 35-69 ans

Note : La méthodologie a changé entre les estimations sur la période 1950-2000 et celles pour 2004, entraînant une non-comparabilité des données entre 2000 et 2004.

Sources : Registre national des causes de décès (CépiDc - exploitation CTSU) - University of Oxford (1950-2000) ; Organisation mondiale de la santé [231] (2004).

Incidence des cancers liés au tabac en hausse chez les femmes

L'incidence du cancer pulmonaire reste plus élevée chez les hommes que chez les femmes (tableau 3). La hausse observée chez les hommes jusqu'à la fin des années 1990 s'est inversée en 2000, avec une baisse moyenne annuelle de 0,5 % sur les cinq années suivantes [23]. Ce recul se répercute sur la mortalité : en 2007, le taux de mortalité par cancer du poumon, de la trachée ou des bronches correspond à 61 pour 100 000 hommes et a baissé de 11 % sur les vingt dernières années. La surmortalité masculine pour ces cancers n'est plus que de 4,6 % aujourd'hui, après un maximum de 11,2 % atteint en 1979 [101]. Les projections réalisées pour la période 2005-2011 semblent toutefois indiquer une augmentation de l'incidence mais la baisse de la mortalité se poursuivrait [131].

Chez les femmes, le taux d'incidence du cancer du poumon, de la trachée ou des bronches a presque triplé, passant ainsi de 3,6 pour 100 000 femmes en 1980 à 12,6 en 2005 (alors que celui des hommes a augmenté de seulement 4,5 %). En 2007, le taux de mortalité correspond à 14,6 pour 100 000 femmes, en hausse depuis 1977, avec une accélération depuis 2000 (+ 32 %). Ainsi, la mortalité féminine liée à ces cancers a quasiment doublé au cours des vingt dernières années [101]. Les projections réalisées pour la période 2005-2011 confirment ces hausses de l'incidence et de la mortalité liées au cancer du poumon chez les femmes [131].

Concernant les cancers des VADS, conjointement liés à la consommation de tabac et d'alcool, alors qu'on observe une baisse continue depuis 1985 du taux d'incidence chez les hommes, il augmente nettement chez les femmes (+ 51 % entre 1980 et 2005) (voir chapitre 3.3) [23].

Tableau 3 - Nombre annuel de nouveaux cas de cancers du poumon et des VADS pour 100 000 personnes en France (incidence) entre 1980 et 2005 et évolution 2000-2005

		1980	1985	1990	1995	2000	2005	Évolution 2000-2005
Hommes	Poumon	48,3	50,7	52	52,4	51,9	50,5	– 3 %
	VADS	67,7	67,8	63,9	56,6	47,2	36,8	– 22 %
Femmes	Poumon	3,6	4,5	5,7	7,3	9,5	12,6	33 %
	VADS	5,1	5,4	5,9	6,5	7,1	7,7	8 %

Note : Standardisation sur la structure d'âge de la population mondiale

Source : InVS

Le tabagisme passif délétère pour la santé

L'Académie nationale de médecine estimait en 1999 que le tabagisme passif était responsable de 2 500 à 3 000 décès par an. Les données disponibles permettent en effet d'affirmer que l'inhalation de la fumée du tabac par un non-fumeur provoque, chez l'adulte, une augmentation du risque de cancer du poumon (+ 26 % par rapport aux non-exposés) et d'accidents coronariens (+ 25 %) [74]. Toutefois, avec l'extension des interdictions de fumer dans les lieux publics en 2007-2008, il est probable que le nombre de décès liés au tabagisme passif ait plus ou moins évolué à la baisse.

Le tabagisme d'une femme enceinte augmente les risques de complications lors de sa grossesse (grossesses extra-utérines, anomalies du placenta, etc.). L'exposition de l'enfant au tabagisme de sa mère (et, à un moindre degré, de l'entourage) double le risque de retard de croissance intra-utérine, d'accouchement prématuré, et de mort in utero (enfant mort-né). De plus, le tabac retentit sur le bien-être du fœtus (manque d'oxygène, modifications cardio-vasculaires, diminution des mouvements fœtaux, troubles de la croissance pulmonaire, etc.) [7, 76]. Enfin, après la naissance, un enfant exposé au tabac subit un risque doublé de mort subite du nourrisson [74]. Il est davantage sujet aux infections respiratoires basses (+ 72 % si la mère fume), aux otites à répétition (+ 48 % si l'un des parents fume) et aux crises d'asthme [74].

Plus forte incidence des cancers pulmonaires mais mortalité dans la moyenne européenne

D'une manière générale, en 2012, la situation de la France en matière d'incidence du cancer du poumon, de la trachée et des bronches est plutôt mauvaise, alors qu'elle se situe dans la moyenne pour la mortalité. Chez les hommes, l'incidence est bien supérieure à la moyenne des 27 pays de l'Union européenne (UE), s'élevant à 74,5 cas pour 100 000 hommes (contre 66,3 dans l'UE), ce qui n'est pas le cas pour la mortalité (58,7 décès pour 100 000 hommes, contre 56,4). Il en va quasiment de même pour les femmes, le taux d'incidence s'élevant à 27,9 cas pour 100 000 (contre 26,1 dans l'UE), alors que la mortalité est légèrement inférieure (18,4 décès pour 100 000, contre 20,6 en moyenne dans l'UE) [99]. Les différences de systèmes de soins (au niveau du diagnostic et du traitement) entre les pays de l'UE expliquent probablement en partie ces écarts.

Repères méthodologiques

Registre national des causes de décès ; Registres des cancers ; Score santé.

3.5 Morbidité et mortalité liées aux drogues illicites

Anne-Claire Brisacier

L'usage de drogues peut entraîner des maladies infectieuses (sida, hépatites, infections bactériennes) en lien avec les voies d'administration des substances, principalement l'injection, et des troubles induits par la substance elle-même (troubles du comportement ou surdoses). D'autres pathologies peuvent être également liées à des conditions d'existence précaires, à un style de vie marqué par la prise de risques ou aux problèmes psychiatriques qui accompagnent fréquemment l'usage de drogues (accidents, suicides, mais aussi maladies des appareils digestif, circulatoire…). Les usagers de drogues ont des taux de mortalité plus élevés que l'ensemble de la population du même âge, quelle que soit la cause de décès. Ainsi, bien que non représentatif de l'ensemble des usagers de drogues, les hommes interpellés pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack ont 5,2 fois plus de risque de décéder que les autres hommes du même âge. Pour les femmes, le facteur multiplicatif est de 9,5 [159].

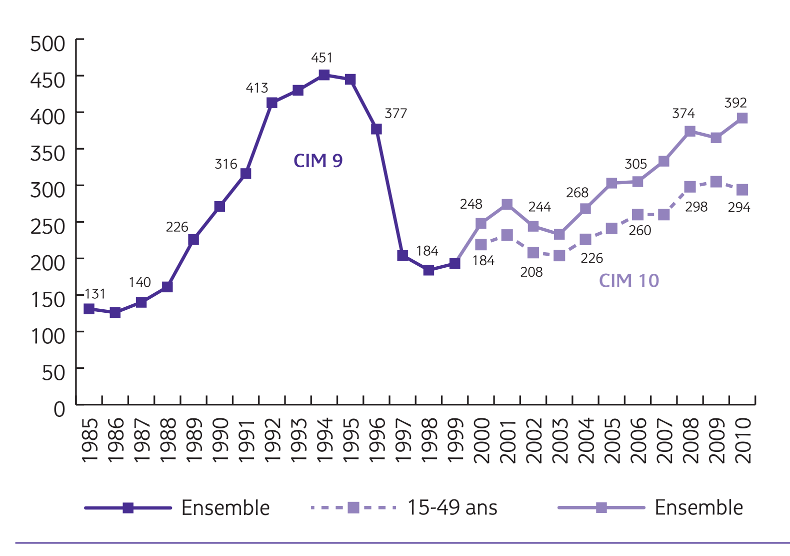
Une mortalité principalement due aux surdoses

Rôle majeur des opiacés

En 2010, 392 décès par surdose ont été dénombrés dans la base de données sur les causes médicales de décès [50]. Ce nombre a connu un pic au milieu des années 1990 (451 décès en 1994), puis a baissé rapidement avec la diffusion des dispositifs de réduction des risques et des traitements de substitution aux opiacés, vraisemblablement à l'origine d'un recul de la consommation d'héroïne, alors pourvoyeuse d'un grand

nombre de décès. Depuis 2004, la mortalité par surdose augmente à nouveau (graphique 1), en lien jusqu'en 2009 avec une augmentation de l'usage d'héroïne. Différents indicateurs (hausse des interpellations pour usage d'héroïne et des saisies, disponibilité croissante) semblent indiquer une présence accrue du produit, tandis que le rejet dont il faisait l'objet est beaucoup moins marqué chez les jeunes générations. Alors que de nouveaux usagers apparaissent, les dangers liés à la consommation d'héroïne sont parfois ignorés. De plus, la circulation d'un produit fortement dosé, quand la plupart du temps il l'est peu, entraîne un risque majoré de décès par surdose [106]. À partir de 2010, les médicaments de substitution aux opiacés, notamment la méthadone, seraient responsables d'une part plus importante de décès par surdose que l'héroïne.

Graphique 1- Évolution du nombre de décès par surdose, 1985-2010



Note : Les décès répertoriés ici correspondent à la sélection B de l'OEDT, qui regroupe les codes de la classification internationale des maladies CIM 10 suivants : F11, F12, F14, F15, F16, F19, X42, X62, Y12.

Source : CépiDc/Inserm

Souvent, plusieurs substances sont retrouvées de façon concomitante. En 2011, les médicaments de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine haut dosage – BHD) sont principalement en cause dans la moitié des décès par surdose et l'héroïne dans 15 % d'entre eux [46]. Ces données doivent cependant être interprétées avec prudence,

compte tenu de la non-exhaustivité du recensement des décès par surdose par le dispositif DRAMES et de certaines limites de la base de données sur les causes médicales de décès [133]. Certains décès par surdose peuvent ne pas être comptabilisés car classés en « cause inconnue ou mal connue », du fait de l'absence d'analyse toxicologique ou de résultats non transmis. À l'inverse, des décès par surdose de morphine, survenant notamment parmi les plus de 50 ans, dans un contexte de soins palliatifs, accidentel ou par suicide peuvent être comptabilisés à tort. Ce biais apparaît moindre en se focalisant sur les décès par surdose survenant parmi les 15-49 ans, tranche d'âge correspondant à celle de la majorité des usagers de drogues.

Cette sous-estimation probable des décès et surtout la large diffusion en France de la BHD (molécule présentant des risques de surdose mortelle beaucoup plus faibles que la méthadone) peuvent expliquer un nombre de surdoses mortelles inférieur aux niveaux constatés dans d'autres pays européens [133]. Ainsi, au Royaume-Uni et en Allemagne, en 2010, les surdoses mortelles sont respectivement 7 et 3 fois plus fréquentes qu'en France [88].

Moins de décès par sida

Avec 75 décès par sida en 2010 parmi les usagers de drogues par voie injectable (UDVI), la baisse initiée au milieu des années 1990 se poursuit lentement, parallèlement à une nette diminution de la prévalence du VIH parmi les UDVI. L'introduction des traitements par trithérapie en 1996 a permis de diviser par quatre (de 1 044 à 268) le nombre de décès par sida chez les UDVI entre 1994 et 1997. Depuis le début de l'épidémie jusqu'à aujourd'hui, les décès chez les injecteurs de drogues représentent environ un quart de l'ensemble des décès par sida [129].

Une morbidité infectieuse en diminution

Recul des découvertes de séropositivité au VIH et des nouveaux cas de sida

En 2010, 74 découvertes de séropositivité au VIH chez les UDVI ont été déclarées par les médecins, soit 1 % de l'ensemble des découvertes de séropositivité. Elles surviennent très tardivement (au stade sida ou lorsque le taux de lymphocytes CD4 est inférieur à 200/mm^3), plus souvent au sein de ce public que dans l'ensemble (46 % contre 30 %) [43].

La prévalence de la séropositivité au VIH décroît chez les usagers de drogues. En 2010, 7 % de ceux fréquentant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) qui ont pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie et effectué un test de dépistage se déclarent séropositifs au VIH, contre 9 % en 2006 [33, 40]. En 2004, 11 % des personnes ayant pratiqué l'injection ou le sniff au moins une fois dans leur vie étaient infectées par le VIH, la prévalence du VIH ayant notamment diminué parmi les plus jeunes, selon l'enquête Coquelicot [134]. Durant la première moitié des années 1990, différentes enquêtes rapportaient des taux de séropositivité autour de 30 % [181].

Ce recul de l'infection au VIH chez les usagers de drogues est en lien avec la politique de réduction des risques menée depuis de nombreuses années : accès facilité aux seringues stériles, développement de structures d'accueil de première ligne et diffusion des traitements de substitution aux opiacés (1996), sans doute à l'origine de la diminution des pratiques d'injection.

Les nouveaux cas de sida chez les UDVI ont également fortement diminué depuis le milieu des années 1990 (111 en 2010, contre 1 319 en 1995). Ainsi, ils représentent 7 % de l'ensemble des nouveaux cas de sida en 2010, contre 25 % en 1995 [129]. La mise à disposition de traitements antiviraux efficaces, à partir de 1996, a permis de retarder l'apparition du sida, stade avancé de l'infection par le VIH, chez les patients déjà contaminés.

Baisse probable de la prévalence de l'hépatite C

La prévalence de la séropositivité au virus de l'hépatite C (VHC) semble diminuer depuis 1999, mais reste beaucoup plus élevée que celle du VIH. Cette différence peut s'expliquer par un pouvoir contaminant plus important du VHC lors d'une exposition à du sang infecté et par une plus forte résistance au milieu extérieur. Le partage des seringues et du matériel de préparation (cuillères, coton, eau de rinçage) constitue le principal mode de transmission du virus, ainsi que, dans une moindre mesure, le partage des pailles (lors du sniff) et des pipes à crack. Ainsi les nouvelles contaminations par le VHC touchent essentiellement les usagers de drogues. Dans 55 à 85 % des cas, l'hépatite C évolue vers une hépatite chronique. Celle-ci peut guérir dans un certain nombre de cas grâce à des traitements associant l'interféron à des médicaments antiviraux actifs sur le VHC. En l'absence de traitement, l'hépatite chronique mène dans 10 à 20 % des cas à une cirrhose et/ou un cancer du foie. Le pronostic de l'hépatite C est aggravé par l'existence d'une co-infection au VIH. Aucun vaccin n'est encore disponible.

Selon l'enquête Coquelicot menée en 2004, 74 % des usagers injecteurs au moins une fois au cours de la vie avaient une infection par le VHC, déterminée à partir de prélèvements biologiques sanguins. Une part importante des usagers de drogues (27 %) pensaient à tort être séronégatifs, traduisant une méconnaissance du statut sérologique [134, 135].

Les données récentes permettant de suivre l'évolution de la prévalence du VHC sont déclaratives et ne concernent que la population suivie dans les CAARUD. Comme de nombreux usagers injecteurs ignorent être séropositifs, la prévalence déclarée est nettement inférieure à celle issue de tests biologiques. Toutefois, il semble que la prévalence du VHC parmi les usagers de drogues baisse. La séropositivité déclarée diminue particulièrement chez les injecteurs au moins une fois au cours de la vie de moins de 25 ans : elle est égale à 8,5 % en 2010, contre 14 % en 2008 et 23 % en 2006 [35, 40].

En 2004, la co-infection VIH/VHC concernait 10 % des usagers de drogues ayant injecté et/ou sniffé au moins une fois dans leur vie [134]. En 2010, les décès de personnes infectées par le VIH par injection de drogue étaient plus souvent causés par une atteinte hépatique (un quart des décès, essentiellement liés à une hépatite B ou C) que par le sida (1 décès sur 10) [216].

Hépatite B : une situation moins bien renseignée

Le virus de l'hépatite B (VHB) se transmet principalement par voie sexuelle, les autres modes de contamination sont la voie sanguine et la transmission materno-foetale. L'hépatite B aiguë guérit spontanément dans 90 % des cas, mais des complications graves sont possibles : l'hépatite fulminante et l'hépatite chronique. Le risque pour cette dernière est l'évolution vers une cirrhose et/ou un cancer du foie. Un vaccin est disponible. Les traitements actuellement indiqués à certains stades de l'hépatite chronique B ne permettent pas d'obtenir une guérison et doivent être poursuivis à vie.

Le statut d'un individu vis-à-vis du virus de l'hépatite B correspond à des situations diverses : vaccination complète ou incomplète, antécédent d'hépatite guérie, hépatite aiguë ou chronique.

La notification de cas aigus d'hépatite B n'est obligatoire que depuis 2003. Entre cette date et 2011, près de 1 220 cas ont été recensés, parmi lesquels 34 (4 % parmi les 715 pour lesquels le facteur d'exposition est renseigné) sont en lien avec un usage de drogues [130].

En 2010, dans les CAARUD, 21 % des usagers méconnaissent leur statut vis-à-vis de l'hépatite B et la moitié se dit vaccinée, mais un tiers seulement parmi eux déclarent être totalement vaccinés (3 injections). De plus, 5 % disent avoir été infectés (guéris ou non) et 23 % pensent n'avoir été ni infectés ni vaccinés [33].

L'injection, source d'autres complications

Les usagers de drogues injecteurs souffrent fréquemment de problèmes locaux : veines bouchées et/ou infections bactériennes ou mycosiques. Par voie sanguine, ces affections peuvent essaimer à distance, entraînant des pathologies très lourdes (septicémies, endocardites, arthrites…), qu'aucune donnée ne permet actuellement de quantifier. En outre, l'injection de la buprénorphine haut dosage (BHD) provoquerait davantage de dégâts que celle des autres produits (tableau 1).

Tableau 1 - Fréquence des problèmes liés à l'injection au cours du mois écoulé dans les structures de première ligne (en %), 2006

Injection durant le dernier mois	BHD (n = 239)	Autre(s) produit(s) (n = 232)	Ensemble (n = 471)
Difficultés à l'injection	68	56*	62
Abcès cutanés	36	22*	29
Veines bouchées, thrombose, phlébite	46	29*	38
Gonflements des mains et avant-bras	43	30*	37
Gonflements des pieds ou jambes	16	12	14
« Poussières »	31	24	27

* différence significative avec un risque d'erreur < 1 % entre les pourcentages parmi les injecteurs de BHD et les injecteurs d'autres produits.

Source : Enquête PRELUD 2006 (OFDT)

Drogues, psychiatrie et précarité : l'intrication des problèmes

Les comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogues semblent fréquentes, mais la part des personnes concernées n'est actuellement pas quantifiée en France. Les pathologies psychiatriques peuvent préexister ou être consécutives à la consommation de substances psy-

choactives (notamment les psychoses liées à la consommation répétée d'hallucinogènes, d'amphétamines ou de cocaïne). La forte prévalence de « personnalités limites » (caractérisées principalement par une instabilité émotionnelle, des comportements impulsifs et des relations instables) parmi les consommateurs est également mentionnée par certains auteurs. La consommation de substances psychoactives peut alors constituer un facteur aggravant et révélateur [8, 232]. La question de la causalité entre consommation régulière de cannabis et pathologies psychiatriques reste toujours très discutée (voir encadré).

Selon des données internationales, les troubles les plus fréquents seraient les troubles de la personnalité (de 50 % à 90 % des usagers), la dépression et les états d'angoisse (20 % à 60 %) et les troubles psychotiques (15 % à 20 %) [180].

En outre, l'état de santé général des usagers de drogues est lié aux conditions de vie plus précaires que celles de la population générale en termes de logement, de protection sociale et de ressources.

Le cannabis : ni surdoses, ni infections, mais...

Le cannabis, substance illicite la plus largement consommée par les Français, occupe au plan sanitaire une place spécifique par rapport aux autres drogues illicites. Sa toxicité, moins marquée, et donc moins évidente, a suscité et suscite encore discussions et recherches.

Effets aigus d'une prise de cannabis : de l'ivresse aux hallucinations

La prise de cannabis entraîne, proportionnellement à la dose consommée et à la tolérance développée par l'usager, une augmentation du temps de réaction, une difficulté à effectuer des tâches complètes et des troubles de la coordination motrice. Ces signes sont aggravés par la consommation concomitante d'autres substances psychoactives, notamment l'alcool. La modification des perceptions peut prendre la forme d'hallucinations.

L'impact du cannabis sur la conduite automobile a par ailleurs été clairement démontré : les conducteurs sous l'influence du cannabis ont presque deux fois plus de risques d'être responsables d'un accident mortel de la route que les conducteurs négatifs. Ce risque est inférieur à celui lié à l'alcool (multiplié par 8), mais, en cas de consommation associée, le risque est multiplié par 15 [154].

Des défaillances cardio-vasculaires ont été rapportées, notamment des infarctus du myocarde où le cannabis interviendrait parfois comme seul facteur déclenchant [62, 204].

L'intoxication aiguë peut également donner lieu à des troubles anxieux,

sous la forme d'attaques de paniques (bad trip) ou d'un syndrome de dépersonnalisation très angoissant. Rare, la psychose cannabique se manifeste par des bouffées délirantes ou des hallucinations visuelles avec agressivité, désorientation temporo-spatiale… Ces symptômes psychiatriques régressent le plus souvent avec l'arrêt des prises, mais sont parfois inauguraux de pathologies chroniques [62, 204].

Effets de la consommation chronique : dose et vulnérabilité individuelle en cause

Une consommation importante et chronique de cannabis peut conduire à un désintérêt pour les activités habituelles, une fatigue physique et intellectuelle, des difficultés de concentration et de mémorisation et une humeur dépressive, traduisant un « syndrome amotivationnel ». La consommation régulière de cannabis peut constituer un facteur d'aggravation de toutes les maladies psychiatriques (augmentation du risque suicidaire, de désinsertion sociale, des troubles de l'humeur et anxieux). Le cannabis perturbe aussi la mémoire et les capacités d'apprentissage. Une consommation chronique débutée au début de l'adolescence pourrait entraîner un déclin cognitif irréversible [161].

La consommation de cannabis serait un des nombreux facteurs (ni nécessaire, ni suffisant) qui favorisent la survenue d'une schizophrénie. Cependant, son rôle causal est encore l'objet de controverses. Le risque semble faible, mais augmenterait avec les quantités consommées et lorsque l'usage commence avant l'âge de 15 ans. Si plusieurs études ont montré une association statistique entre maladie psychotique et consommation déclarée de cannabis, la forte augmentation de l'usage de cannabis ne s'est pas accompagnée d'une augmentation de l'incidence des schizophrénies [204].

Les effets physiques de l'intoxication chronique au cannabis tiennent aux effets du cannabis lui-même, mais également de l'intoxication tabagique concomitante (fumé, le cannabis est généralement mêlé au tabac). Cependant, le cannabis a un effet propre favorisant la bronchite chronique, l'athérosclérose (dépôt graisseux dans la paroi des artères), et peut provoquer une artérite (inflammation des artères) présentant des similitudes avec la maladie de Buerger. Le cannabis peut également augmenter, par un effet propre, le risque de certains cancers (notamment du poumon et des voies aéro-digestives supérieures) [62, 204].

Repères méthodologiques

Coquelicot ; DRAMES ; ENaCAARUD ; OEDT ; Registre national des causes de décès ; SAM ; Système de notification obligatoire des cas aigus d'hépatite B ; Système de notification obligatoire des infections à VIH et du sida ; TREND.

Prévention

4

4.1
Prévention : actions de terrain et campagnes médias

Carine Mutatayi

Qu'il s'agisse de mieux cerner les facteurs de risques et de protection face aux abus de drogues ou de retenir les approches les plus susceptibles de freiner les consommations, l'intérêt et les efforts des pays occidentaux en matière de prévention n'ont cessé de se développer depuis une quarantaine d'années. Ce n'est toutefois que depuis le milieu des années 2000 que les référentiels politiques français et européen en prévention font mention des méthodes scientifiquement validées.

En France, l'État et ses services subventionnent ou organisent des actions locales de prévention des usages de drogues. En régions, une multitude d'actions éducatives sont assurées par certains services publics (de l'éducation, de l'application de la loi) ou déléguées, pour tout ou partie, à des acteurs privés, principalement du secteur spécialisé de l'addictologie ou de l'éducation pour la santé. Ce pan de mesures de proximité, menées pour l'essentiel en milieu scolaire, est certainement le plus emblématique des réponses développées mais aussi le plus vaste et le plus intersectoriel, ce qui complique toute tentative de dresser un tableau précis des actions réalisées. Ce champ est dépeint ici, à la lumière des données parcellaires disponibles. Car, bien que la prévention soit une priorité réaffirmée dans les stratégies gouvernementales successives, le volume et la nature des actions de terrain sont, en 2013 encore, mal documentés faute d'un système d'observation ad hoc.

Les pouvoirs publics coordonnent directement les mesures d'envergure nationale, telles que la restriction légale de l'accessibilité des produits. Les mesures correspondantes (du registre de la prévention environnementale) sont traitées dans les chapitres sur le cadre légal des substances.

Enfin, les pouvoirs publics orchestrent des campagnes médias préventives dont une synthèse est fournie ici, sans détailler les analyses d'impact.

COORDINATION DES POLITIQUES DE PRÉVENTION

En France, la stratégie de prévention des usages de drogues se fonde sur l'intervention précoce auprès des jeunes, pour au moins retarder l'âge des premières consommations de drogues licites ou illicites, si ce n'est les éviter. Elle s'appuie sur une approche globale, définie à la fin des années 1990 [196], c'est-à-dire une réponse préventive développée dans les divers milieux de vie sociale (y compris le cercle familial), sur l'ensemble des substances psychoactives (quel que soit leur statut légal) et sur toutes les facettes qu'elles recouvrent (y compris les potentiels effets positifs, pour une plus grande crédibilité du discours).

La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) coordonne la politique de prévention des usages de drogues licites ou illicites, en lien avec les ministères, au regard des orientations définies par les plans gouvernementaux. Ces orientations sont cohérentes avec la stratégie à long terme définie par le Conseil de l'Europe (voir encadré). Elles trouvent écho ou sont complétées par des programmes ministériels ou des plans nationaux sur des thématiques connexes (cancer, santé scolaire, hépatites, etc.). Selon les périodes, le discours public a pu se polariser sur certains produits. À titre illustratif, les plans gouvernementaux 2004-2008 et 2008-2011 insistent plus particulièrement sur les mesures à développer à l'encontre du cannabis, le dernier mettant aussi l'accent sur les « conduites d'alcoolisation massive » chez les jeunes. Les Plans cancer 2003-2007 et 2009-2013 abordent la prévention du tabagisme, en ciblant la restriction de l'attractivité et de l'accessibilité des produits du tabac.

Le Conseil de modération et de prévention (créé par le décret du 14 février 2006) conseille les pouvoirs publics dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de prévention spécifiques à l'alcool. La présence en son sein de députés et sénateurs porte-parole de la viticulture suscite néanmoins de vifs débats.

Aux plans régional et départemental, les acteurs sont multiples. Les chefs de projet « drogues et dépendances », représentants de la MILDT, nommés au sein du corps préfectoral, définissent les programmes de lutte contre les drogues et les dépendances, au regard des orientations gouvernementales et de priorités locales. Ils disposent de crédits dédiés

à la prévention des dépendances et à la formation des professionnels. Les agences régionales de santé (ARS) définissent les orientations régionales en matière de prévention dans tous les secteurs de la santé publique, dont celui des addictions. Dans le cadre des programmes régionaux de santé publique (PRSP) qu'elles animent, elles peuvent financer des actions de prévention des usages de drogues. L'Assurance maladie – par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) – et les mutuelles sont d'autres bailleurs de fonds potentiels.

La plupart des actions de prévention dirigées vers les jeunes sont organisées dans le milieu de l'enseignement secondaire. Dans les collèges et lycées, le chef d'établissement fixe annuellement, dans le cadre du Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) lorsqu'il existe, les actions de prévention destinées aux élèves, au regard des orientations ministérielles, rectorales et celles issues de l'inspection académique. De même, les établissements d'enseignement agricole, secondaire ou supérieur sont relativement libres de définir leur engagement en matière de prévention, selon les orientations du ministère de l'Agriculture et de ses services déconcentrés.

Le Conseil de l'Europe, partisan de la rationalisation : bonnes pratiques et ciblage de besoins

Le Conseil de l'Europe fournit les éléments édificateurs d'une réponse harmonisée au plan européen, en désignant des terrains d'intervention prioritaires. Dans sa stratégie antidrogue 2013-2020, comme dans la précédente (2005-2012), il prône une approche rationnalisée de prévention et exhorte les États membres à développer des approches dont la pertinence est scientifiquement démontrée (evidence-based practices and policies) [58, 59].
Le Conseil de l'Europe recommande une meilleure couverture des publics prioritaires en population générale (prévention universelle), notamment des jeunes et des publics féminins, mais aussi au sein des groupes à risques (prévention sélective), tels que les habitants des quartiers sensibles, ou encore parmi les usagers (prévention indiquée). Il encourage la détection précoce des facteurs de risque. L'école est le premier terrain d'intervention mais le Conseil recommande d'investir les cadres socio-éducatifs ou récréatifs, le monde du travail, le milieu carcéral et les communautés, et de renforcer l'intervention dans la cellule familiale.

Actions et acteurs de prévention

Le milieu scolaire, principal cadre des actions

Le milieu scolaire concentre le plus grand nombre d'actions de prévention. Il est d'ailleurs le seul pour lequel il existe une obligation légale d'information, au moins une fois par an, dans les collèges et lycées (par groupes d'âge homogène) : d'une part sur les « conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis » (loi du 9 août 2004, art. L. 312-18 du Code de l'éducation [CE]) ; d'autre part, sur les « conséquences de la consommation d'alcool par les femmes enceintes sur le développement du fœtus » (art. L. 312-17 du CE).

Depuis 2006, la prévention et l'éducation pour la santé trouvent un nouvel ancrage dans les missions fondamentales de l'Éducation nationale, à travers le « socle commun de connaissances et de compétences » (sociales, civiques, décisionnelles) que tout élève doit maîtriser à la fin de la scolarité obligatoire (décret du 11 juillet 2006). Parallèlement, des actions de prévention ad hoc peuvent être organisées par les établissements scolaires. Celles-ci impliquent largement la communauté éducative, pour leur coordination, voire leur réalisation. Elles font aussi fréquemment intervenir des acteurs spécialisés extérieurs auprès des élèves : les professionnels de prévention ou d'éducation pour la santé, généralement du secteur associatif, les gendarmes formateurs relais antidrogue (FRAD) ou les policiers formateurs antidrogue (PFAD). Ces intervenants associatifs relèvent principalement de centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) ou encore des comités régionaux ou départementaux de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA).

Peu d'informations sur les actions menées

Peu de sources fournissent une estimation des actions de prévention réalisées. Diverses études sont réalisées en régions, mais elles documentent en général les projets qui ont obtenu une allocation de subvention spécifique. Leur échappent alors de nombreuses actions menées uniquement par des agents de l'État mis à disposition, comme les FRAD et les PFAD ou des membres de la communauté scolaire.

Selon l'enquête ESPAD, en mars 2011, en métropole, dans 20 % des classes de la 3e à la terminale, une majorité d'élèves (7 sur 10 au moins)

déclare avoir reçu une information sur l'alcool, le tabac ou une autre drogue dans les six mois précédents. Ce pourcentage atteint 32 % si l'on comptabilise les classes où seulement la moitié des élèves ont souvenir de ce type d'événement [167]. Ces niveaux suggèrent une couverture relativement limitée des jeunes dans la tranche d'âge prioritaire de la prévention des usages de drogues, par le biais des actions en milieu scolaire.

Afin de décrire les pratiques de prévention, l'enquête RELIONPREDIL a été menée dans différentes régions en 2007 puis en Rhône-Alpes en 2011 [167]. Même si le taux de réponse est modeste, les informations recueillies en 2011 fournissent des indications qualitatives sur les méthodes et l'organisation de quelque 400 actions menées au collège ou au lycée par les professionnels scolaires, associatifs ou de la police et gendarmerie. Elles révèlent la difficulté d'organiser des actions de prévention auprès des élèves les plus jeunes (classes de 6e et 5e) et la fréquence des actions menées en dehors d'un subventionnement spécifique, grâce aux ressources propres des établissements ou à des mises à disposition de la part d'intervenants extérieurs. Le caractère ponctuel des actions (une séance unique de 1 h 30 à 2 heures dans l'année) est également marquant, de même qu'une certaine redondance des messages lorsque plusieurs intervenants sont mobilisés autour d'une même action. En termes de contenu, la complémentarité des disciplines pâtit d'un manque de concertation des acteurs et l'intégration des approches scientifiquement validées est variable selon les profils professionnels : à titre illustratif, le développement des compétences psychosociales est visé par un à deux tiers des actions, selon les types d'intervenants.

Une difficile diffusion en dehors du champ scolaire

Les actions menées en milieux estudiantin, professionnel, pénitentiaire, familial, sportif ou autre sont également mal connues.
L'intervention auprès des étudiants de l'enseignement supérieur est assurée par les services (inter)universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (S(I)UMPPS). Associations ou mutuelles étudiantes sont aussi présentes sur ce terrain.

En milieu professionnel, la politique de prévention des usages d'alcool, de drogues illicites et de médicaments psychotropes est intégrée à la politique de gestion des risques de l'entreprise, pour la sécurité des salariés et des tiers. Pour son élaboration, l'employeur s'appuie sur l'instance idoine de représentation du personnel, avec le soutien du service de santé au travail (SST). Les actions de prévention collectives ont pour but d'informer les salariés sur les produits et les risques,

voire de les impliquer dans l'accompagnement des consommateurs abusifs. La réalisation de ces actions peut impliquer, outre les SST, des CSAPA ou des consultants spécialisés, la police ou la gendarmerie, et bénéficier du concours des Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), du réseau de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) ou encore de fédérations de branches professionnelles. La politique de prévention intègre aussi des procédures de dépistages, appliquées par le médecin du travail (voir chapitre 8.1).

La prévention des addictions en milieu professionnel progresse. Elle est désormais clairement inscrite dans les missions de la médecine du travail (loi du 20 juillet 2011). En janvier 2012, la Direction générale du travail et la MILDT ont publié un guide détaillant les outils et les repères utiles à une politique de prévention adaptée au contexte des entreprises et à la nature des risques professionnels liés aux usages de drogues licites ou illicites [53].

Associations, policiers ou gendarmes spécialisés interviennent aussi auprès de publics estimés plus vulnérables face aux drogues, du fait de leur domiciliation ou de leur situation sociale, familiale ou judicaire : populations dans les zones de trafic, mineurs relevant de la protection de l'enfance, personnes fréquentant l'espace festif, celles ayant été interpellées pour détention ou usage de stupéfiants, etc.

Les stages de sensibilisation aux dangers des stupéfiants (obligatoires et payants) sont une mesure de prévention indiquée, adressée donc à des personnes déjà engagées dans une consommation, afin qu'elles y renoncent et ne voient pas leur situation s'aggraver [176]. Ces stages s'adressent à des personnes de plus de 13 ans interpellées pour usage, dans le cadre des alternatives aux poursuites, de la composition pénale ou à titre de peine complémentaire. Ils fournissent un rappel du cadre légal des produits psychoactifs et tentent de sensibiliser les stagiaires aux risques sanitaires et sociaux (voir encadré dans chapitre 8.3).

Les campagnes médias, outil majeur

Les pouvoirs publics ont de longue date eu recours à des actions dans les médias pour traiter d'enjeux de santé publique. Les addictions n'y échappent pas. Les premières campagnes télévisées sur le tabac et l'alcool sont diffusées respectivement en 1976 et 1984. C'est en 1986 que sont initiées celles relatives à « la » drogue : « La drogue parlons-en avant

qu'elle ne lui parle » (ministère de la Santé). Jusqu'en 2012, tabac, alcool et drogues illicites ont fait l'objet d'une trentaine de communications nationales. La plupart sont signées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et par le ministère de la Santé ou la MILDT. Depuis 1999, chaque plan gouvernemental de lutte contre les drogues s'est accompagné d'une stratégie de communication propre et le renouvellement des campagnes s'est accéléré.

Ces campagnes médias s'attachent à influer sur les représentations sociales, catalyseurs des changements comportementaux. En matière de drogues, ces actions consistent globalement à informer ou alerter un public donné sur les risques liés aux usages ou encore à l'interpeller sur la capacité de chacun à agir sur ses pratiques ou celles de son entourage.

Néanmoins, comme pour tout dispositif de prévention, la question de leur impact sur les pratiques demeure. Ces actions font le plus souvent l'objet de pré-tests et parfois aussi de post-tests, dont l'objectif est d'évaluer l'audience et l'impact des messages à court terme en matière de mémorisation, d'agrément, d'implication (se sentir concerné) et d'intentionnalité (se sentir enclin à changer son comportement conformément aux objectifs de la campagne). Toutefois, ces critères réfèrent à des attitudes et ne présument pas de l'impact effectif des campagnes sur les comportements.

Des approches différenciées selon les produits

Les histoires sociales, économiques et politiques respectives des produits ont induit des stratégies de communication différenciées, tant en ce qui concerne les messages, les produits et les publics ciblés en priorité, que les moyens déployés [168].

La stratégie au long cours à l'encontre du tabagisme s'est attachée pour l'essentiel à « dénormaliser » la cigarette, dans un contexte politique particulièrement favorable (restrictions légales de l'usage et, depuis 2003, Convention cadre pour la lutte antitabac, Plans cancer) [168]. Pour l'alcool, après avoir fourni des repères de consommation et centré le propos sur les buveurs excessifs, les actions médias soulignent, dès le milieu des années 2000, les dangers d'une consommation régulière et des effets cumulés.

De 2000 à 2002, les trois campagnes MILDT-CFES (Comité français d'éducation pour la santé, devenu INPES en 2002) adoptent une approche globale, en abordant produits licites et illicites ensemble : via le livret

d'information « Savoir plus risquer moins » largement diffusé auprès du grand public (2000), les campagnes « Pour prévenir les risques de l'usage de drogues, il n'y a pas de meilleure influence que la vôtre » (2001) et « Alcool, cannabis, tabac et autres drogues, et vous, savez-vous où VOUS en êtes ? » (2002). Les campagnes précédentes diffusaient un discours globalisant sur « la » drogue. Les suivantes ont été centrées sur les drogues illicites, en évoquant plus particulièrement les produits les plus consommés par les jeunes (cannabis, ecstasy, cocaïne). Ce fut le cas notamment pour « Le cannabis est une réalité » en 2005. Les campagnes diffusées de 2009 à 2012 rappellent les dangers liés aux drogues (« Drogues : ne fermons pas les yeux », octobre 2009), l'interdit légal attaché aux drogues et son fondement protecteur (« La drogue, si c'est illégal ce n'est pas par hasard », novembre 2009) et le risque à ne pas intervenir dès les usages « simples » (« Contre les drogues chacun peut agir », décembre 2010, septembre 2011). Depuis 1999, chaque vague de communication a compris une action média destinée aux adultes référents.

Une approche plus pédagogique et mieux ciblée

Dans les années 1980 et 1990, ces actions de communication visent surtout à impacter directement les comportements d'usages. Elles empruntent des slogans percutants (« Un verre ça va, trois verres bonjour les dégâts », 1984), des scénarios militants (la parodie « Fumer, c'est pas ma nature », en 1991, démythifiait les emblématiques cowboy Malboro® et aventurier Camel®), mais elles jouent aussi sur le regard de l'environnement social (« Tu t'es vu quand t'as bu ? » en 1991).

Au fil des années 2000, les campagnes orientent davantage les publics ciblés (usagers ou leur entourage) vers des réponses concrètes, des documents et services d'aide. Elles se veulent également plus pédagogiques, soutenant la mise en œuvre de comportements favorables à la santé (comment arrêter ou réduire sa consommation). Ainsi, les stratégies de communication intègrent des outils d'approfondissement destinés aux publics-cibles, tels que les livrets « Savoir plus, risquer moins » (2000), « Drogues et dépendances » (2006), les brochures de la campagne « Cannabis » de 2005, mais aussi des sites Internet. Elles prévoient également des dispositifs relais (mention systématique des numéros de téléphonie sociale tels que Tabac Info Service, Drogues Info Service, etc.), en appui aux acteurs de terrain sur lesquels se répercute la demande d'aide, dans le sillage de la communication. Dès lors, les actions médias soulignent les données scientifiques disponibles (ex : « Un fumeur sur deux meurt prématurément de son tabagisme » [31 mai 2009, ministère de la Santé,

INPES]). Elles visent aussi à stimuler les compétences psychosociales de l'individu (en l'incitant à s'affirmer, à demander et fournir de l'aide, etc.), en écho aux recommandations de « bonnes pratiques » de prévention.

La sensibilisation à grande échelle implique de cibler les publics, selon l'âge, le sexe, les usages, le statut de parents ou d'éducateurs, le territoire (exemple : départements d'outre-mer - collectivités d'outre-mer). Les messages et canaux de diffusion sont multipliés en fonction des publics visés. Par exemple, la campagne « Le cannabis est une réalité » (2005) déclinait une série de supports destinés aux jeunes, aux parents et aux usagers eux-mêmes : six spots télévisés, huit spots radio, trois brochures et plusieurs annonces presse.

Divers supports sont combinés : télévision, radio, presse, affichage, etc. Avec le développement d'Internet et des réseaux sociaux, les possibilités extensives de la Toile (marketing viral, réseaux sociaux, video sharing, community management, etc.) sont de plus en plus exploitées. Le Web permet à la fois le ciblage de petites communautés et une couverture large, pour un coût souvent inférieur à celui d'espaces publicitaires radio-télévisés ou de la presse quotidienne nationale et régionale. Le dispositif mis en œuvre entre 2009 et 2012 marque résolument l'entrée de la communication gouvernementale sur les drogues dans l'ère du Web à travers divers supports (module de jeu « Drogues : guette l'info, traque l'intox », films viraux « Si les dealers disaient la vérité» et « L'Envers du décor »).

Le budget consacré à ces actions est variable. Globalement, il a oscillé entre 3 et 5 millions d'euros pour les campagnes menées de 2009 à 2012.

Repères méthodologiques
ESPAD ; RELIONPREDIL.

Problèmes judiciaires

5

5.1 Interpellations pour usage et trafic

Ivana Obradovic

En France, la consommation de produits stupéfiants constitue un délit, quels que soient le produit incriminé (cannabis, héroïne, cocaïne, etc.) et le contexte de l'usage (dans un lieu privé ou public). Le trafic de stupéfiants y est sévèrement réprimé, certains actes étant considérés comme des infractions criminelles (voir chapitre 8.3).

La consommation d'alcool n'est, à l'inverse, passible de sanctions que si elle se traduit par des manifestations d'ivresse dans un lieu public ou lorsqu'elle risque de causer des dommages à autrui, par exemple sur la route (voir chapitre 5.3). Bien que l'alcool ne soit pas interdit à la consommation, ses conditions de distribution sont, comme pour le tabac, strictement encadrées. Elles sont, pour ces deux produits, particulièrement restrictives pour les mineurs (voir chapitres 8.1 et 8.2).

Enregistrées chaque année par la statistique du ministère de l'Intérieur, les interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) ou pour ivresse publique et manifeste (IPM) constituent des indicateurs indirects de la diffusion des produits et du nombre de consommateurs à un moment donné. Ces données constituent également une mesure de l'activité illicite constatée par les services de police et de gendarmerie. Les chiffres d'interpellations doivent donc être analysés au prisme des prévalences d'usage déclarées par la population mais aussi confrontés aux priorités d'action des services de l'ordre, plus ou moins orientées, selon les périodes, vers la recherche de ce type d'infractions.

Hausse des ivresses publiques et manifestes depuis dix ans

La procédure d'ivresse publique et manifeste date de la loi du 23 janvier 1873. Elle consiste à interpeller des personnes en état d'ébriété manifeste sur la voie publique, à les placer en cellule de dégrisement et à leur infliger une amende.

En 2011, 74 994 infractions pour ivresse publique et manifeste ont été recensées en France métropolitaine par l'ensemble des forces de l'ordre. Ce chiffre est de 17 % supérieur à celui enregistré au début des années 2000 (64 191 IPM en 2001). Ces interpellations ont fortement augmenté entre 2004 et 2007, tout particulièrement entre 2006 et 2007 (+ 15 000 interpellations), pour ensuite revenir en 2011 au niveau de 2006. Elles sont très fortement concentrées géographiquement, en Bretagne par exemple, où 5 habitants pour 1 000 ont été interpellés pour ivresse publique et manifeste en 2011. Moins de 1 % de ces IPM constatées touchent des mineurs.

Intensification des interpellations pour usage, en particulier liées au cannabis

En 2010, 135 447 interpellations pour usage de stupéfiants ont été enregistrées par les services de police et de gendarmerie [178]. Peu nombreuses au lendemain de la loi de 1970 (autour de 2 000 par an), les interpellations pour usage de stupéfiants ont été multipliées par 60 en quarante ans (graphique 1). Elles ont progressé deux fois plus rapidement que les interpellations pour trafic et usage-revente. C'est au cours de la décennie 2000 que le rythme d'activité annuel des services de l'ordre s'est nettement intensifié : le nombre de procédures pour usage a doublé dans cette période, passant de 71 667 à 135 447 interpellations d'usagers simples entre 2001 et 2010.

Plus de 9 procédures sur 10 concernent des consommateurs de cannabis, premier produit en cause dans les interpellations pour usage (tableau 1). La prépondérance du cannabis dans les interpellations s'est renforcée au fil du temps : au début des années 1990, il était en cause dans 7 interpellations d'usagers sur 10, contre 9 sur 10 en 2010 [175].

Bien que la place des autres produits reste minoritaire par rapport au cannabis, les interpellations d'usagers de cocaïne/crack ont nettement

progressé depuis les années 1990 (tableau 1). Les interpellations d'usagers d'héroïne, qui avaient fortement baissé depuis le milieu des années 1990 après la mise en place des traitements de substitution aux opiacés, ont connu un regain entre 2003 et 2008, passant d'un peu plus de 3 000 à 8 000. Depuis, leur nombre tend à plafonner (voir chapitre 9.5).

Compte tenu du poids du cannabis dans les interpellations, le profil général des usagers interpellés est fortement marqué par les caractéristiques des consommateurs de ce produit repérés par les forces de l'ordre. Par rapport aux autres usagers interpellés, ils sont les plus jeunes (âge moyen de 23,7 ans contre plus de 29 ans pour les usagers d'héroïne ou de cocaïne). Ils sont majoritairement de sexe masculin (93 %) et de nationalité française (93 %).

Le nombre d'interpellations pour usage de cannabis par habitant culmine aux Antilles-Guyane, en Île-de-France et en région Provence-Alpes-Côte d'Azur où 5 habitants sur 1 000 ont été interpellés pour cette infraction en 2010. Pour l'héroïne, Lorraine, Nord - Pas-de-Calais et Picardie apparaissent en tête des régions où le nombre d'interpellations pour usage par habitant est le plus élevé, alors que le taux annuel d'interpellations pour la cocaïne plafonne en Corse et dans le Nord-Pas-de-Calais.

Tableau 1 - Interpellations pour usage de stupéfiants et évolution annuelle, par produit, 2010

	Nombre d'interpellations		Évolution 1990-2010	Répartition par produit (en %)	
	1990	2010		1990	2010
Cannabis	17 736	122 439	+ 590,3 %	71,4	90,4
Héroïne, opiacés	6 522	7 287	+ 11,7 %	26,2	5,4
Cocaïne/crack	388	4 679	+ 1105,9 %	1,6	3,5
Médicaments	0	376	-	0,0	0,3
Amphétamines	49	290	+ 491,8 %	0,2	0,2
Ecstasy	24	203	+ 745,8 %	0,1	0,1
LSD	60	59	-1,7 %	0,2	0,0
Autres	77	114	+ 48,1 %	0,3	0,1
Total	24 856	135 447	+ 449 %	100,0	100,0

Source : OSIRIS (OCRTIS)

Graphique 1- Évolution des interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, par catégorie d'infraction (1971-2010)

Source : OSIRIS (OCRTIS)

Des interpellations pour trafic centrées sur les petits trafiquants

Sur les 157 341 interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants enregistrées en 2010, 21 894 concernent une affaire de trafic (13,9 % des ILS). Il s'agit essentiellement de cas d'usage-revente ou de trafic local, le trafic international étant plus rare (environ 1 % des ILS). Depuis la loi de 1970, les interpellations pour usage-revente et trafic de drogues illicites ont été multipliées par 34, passant de 648 procédures en 1971 à 21 894 en 2010. Elles ont toutefois progressé deux fois moins rapidement que les interpellations pour usage simple (graphique 1). Ainsi, depuis 1971, la part des interpellations pour trafic et usage-revente dans l'ensemble des interpellations pour ILS a diminué : en 2010, elle s'élève à moins de 14 %, contre 25 % en 1971. La part des différentes substances illicites dans les interpellations pour trafic et usage-revente a, quant à elle, peu varié au cours du temps. Si ces interpellations sont marquées par une prédominance du cannabis, qui est cependant moins nette que dans les interpellations pour usage simple (70 % contre 90 % en 2010), la part des autres produits n'est pas négligeable : près de 16 % des interpellations pour des activités liées au trafic concernent les opiacés, 13 % la cocaïne et le crack et seulement 2 % d'autres produits (principalement des médicaments psychotropes détournés de leur usage).

Les interpellations pour trafic de stupéfiants sont très fortement concentrées géographiquement. Le nombre d'interpellations pour trafic et usage-revente de cannabis par habitant culmine en Corse et en Île-de-France, où 7 habitants pour 10 000 ont été interpellés pour cette infraction en 2010.

DES SPÉCIFICITÉS RÉGIONALES DANS LA LUTTE CONTRE LE TRAFIC

Ces disparités régionales dans la lutte contre le trafic n'expliquent qu'en partie les écarts en termes de volumes saisis. Si un quart des produits illicites saisis en 2010 émane en effet d'Île-de-France, les régions où les quantités saisies sont les plus importantes sont des zones frontalières, lieux de passage du trafic sous surveillance rapprochée : Languedoc-Roussillon (13,2 %), Nord-Pas-de-Calais (11,3 %) et Aquitaine (11,1 %). Les régions Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur n'arrivent qu'en cinquième et sixième position, avec respectivement 7,5 % et 7,4 % des volumes saisis au niveau national, tous produits confondus.

Cependant, selon les régions, des spécificités existent concernant le produit incriminé. Ainsi, les volumes de cannabis saisis par les services de l'ordre sont particulièrement importants en Île-de-France, en Languedoc-Roussillon, en Aquitaine et dans le Nord-Pas-de-Calais, les quantités interceptées dans ces quatre régions représentant en 2010 près de 65 % de l'ensemble national. De même, la moitié des saisies d'héroïne, en volume, provient de trois régions : Lorraine (22,9 %), Rhône-Alpes (19,1 %) et Nord-Pas-de-Calais (13,3 %). En 2010, les saisies les plus importantes de cocaïne ont eu lieu en zone caraïbe (Martinique, Guadeloupe, Guyane – 56,1 % des volumes saisis) et en Île-de-France (30,6 %). Enfin, les volumes d'ecstasy interceptés au niveau national sont polarisés dans une région, le Nord-Pas-de-Calais, qui concentre 68,2 % des comprimés saisis en 2010 (voir chapitre 7.3).

Repères méthodologiques
OSIRIS ; Statistiques des ivresses publiques et manifestes.

5.2
La réponse pénale à l'usage et au trafic

Ivana Obradovic

Selon la procédure pénale, toute interpellation doit faire l'objet d'une transmission au procureur de la République, qui a la possibilité de classer l'affaire, d'ordonner une mesure alternative aux poursuites (rappel à la loi, injonction thérapeutique, par exemple), ou d'engager des poursuites judiciaires. Dans ce dernier cas, la personne interpellée est alors vue par un juge, qui peut prononcer une condamnation : amende, peine alternative à l'emprisonnement ou emprisonnement (ferme ou avec sursis).

L'essor important des interpellations pour usage de stupéfiants en France s'est accompagné d'une systématisation des sanctions pénales apportées à ce contentieux, prononcées le plus souvent par les procureurs (parquets), en amont des tribunaux correctionnels. La réponse au trafic de stupéfiants, qui occasionne six fois moins d'interpellations que les usages, se caractérise quant à elle par un recours à l'emprisonnement ferme bien plus fréquent que pour l'usage et par une gamme de sanctions pénales plus uniforme.

La consommation de drogues illicites de plus en plus souvent sanctionnée

La confrontation des chiffres issus des ministères de l'Intérieur et de la Justice montre que le ratio des consommateurs condamnés par rapport aux consommateurs interpellés a baissé depuis 1990, passant de 30 % à 21 % en 2010, ce qui pourrait laisser supposer une réponse pénale moins systématique apportée aux affaires d'usage de drogues (graphique 1). Pourtant, loin d'avoir reculé, la pénalisation de l'usage de stupéfiants s'est transformée. Elle

s'est fortement diversifiée, pour atteindre aujourd'hui un niveau inégalé, du fait de la systématisation des sanctions alternatives, décidées par les parquets, aux peines prononcées par un juge. Le taux de réponse pénale aux infractions d'usage de stupéfiants dépasse ainsi 90 %, alors qu'il avoisinait 70 % au début de la décennie précédente [175]. La réponse pénale apportée au contentieux d'usage revêt deux formes : poursuites judiciaires pouvant déboucher in fine sur une condamnation par un juge (dans un quart des cas) ou mesures alternatives aux poursuites (pour les trois quarts restants).

DES DIFFICULTÉS D'ANALYSE LIÉES AUX SOURCES

Les suites pénales données aux interpellations policières pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) sont difficiles à retracer, car les statistiques des ministères de l'Intérieur et de la Justice comptabilisent les ILS selon des classifications différentes à toutes les étapes de la procédure pénale. Ainsi, ces données statistiques permettent simplement de comparer, année par année, des effectifs composés de populations différentes par nature, puisqu'un usager interpellé en 2010 peut n'être condamné que l'année suivante. Par ailleurs, il n'est pas possible d'évoquer la réponse pénale aux ILS sans souligner la différenciation des catégories de repérage et de dénombrement administratif entre les institutions policière et judiciaire : comment distinguer, lors d'une interpellation, l'usage et l'usage-revente, pourtant différenciés dans les statistiques policières ? Comment différencier ensuite, au moment de la qualification pénale, l'achat et la détention de drogues de l'usage lui-même, pourtant comptabilisés à part dans les statistiques judiciaires ? Il en va de même pour le trafic, identifié dans les statistiques policières sous trois appellations (usage-revente, trafic local, trafic international) puis, dans la nomenclature judiciaire, suivant quatre désignations encore différentes : détention-acquisition, trafic (import-export), commerce et transport, offre et cession. Au bout de la chaîne pénale, le Fichier national des détenus ne distingue plus que trois classes d'infractions : usage illicite, trafic et offre de stupéfiants. Il faut, en outre, souligner la difficulté de suivre le traitement pénal des ILS en propre, alors même qu'une personne initialement interpellée pour usage simple peut, par exemple, voir cette infraction transformée si des faits plus graves sont élucidés au cours de la procédure. En effet, c'est seulement au stade de l'inscription au Casier judiciaire national qu'apparaît la qualification définitive de l'infraction. Enfin, l'analyse du traitement pénal des ILS ne peut être effectuée que pour l'ensemble des drogues illicites, sans distinction par produit : les statistiques du ministère de la Justice ne distinguent pas les procédures liées au cannabis de celles relatives aux autres drogues, puisque le Code pénal interdit l'usage et le trafic de tout type de stupéfiant, sans distinction (voir chapitre 8.3).

Graphique 1 - Évolution des interpellations et des condamnations judiciaires pour usage de stupéfiants (1990-2010)

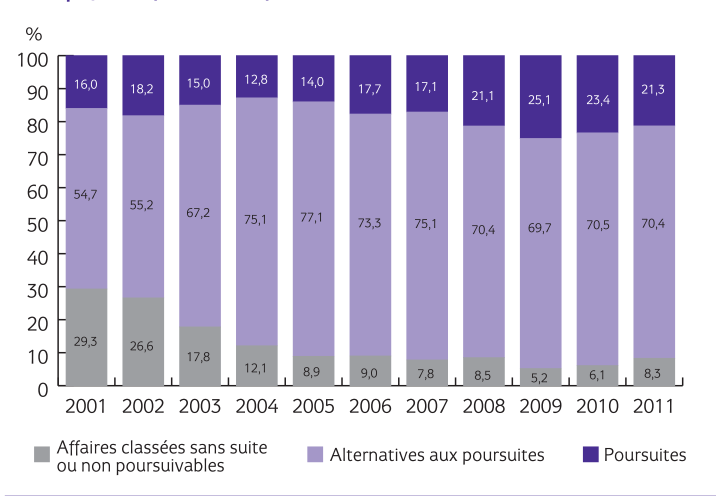
Note : Les données de condamnations ne sont pas disponibles pour les années 1994 et 1995 ; les chiffres indiqués sur le graphique pour ces deux années correspondent donc à une extrapolation à partir des séries temporelles des années précédentes et suivantes.

Source : Casier judiciaire national (ministère de la Justice)

Pour faire face à l'essor des interpellations pour usage simple (voir chapitre 5.1), les mesures alternatives aux poursuites judiciaires (rappel à la loi, orientation vers une structure socio-sanitaire, injonction thérapeutique, etc.) ont été systématisées. Rares jusqu'à la fin des années 1990, les alternatives aux poursuites, qui ont vocation à traiter les infractions mineures autrefois classées sans suite, représentent aujourd'hui 70 % des orientations prononcées par les procureurs pour sanctionner l'usage de stupéfiants (graphique 2). Le fait d'y recourir permet d'augmenter le taux de réponse pénale sans pour autant multiplier les poursuites, qui contribuent à l'engorgement des audiences judiciaires. Ce recours croissant aux mesures alternatives, qui ne sont pas inscrites au Casier judiciaire mais dont la non-exécution expose à des poursuites, a été encouragé par les circulaires de politique pénale mais aussi par le législateur, qui a élargi la palette des sanctions possibles mise à disposition des parquets. Par ailleurs, depuis la loi du 23 juin 1999, l'usager simple peut se voir astreint à une composition pénale (y compris lorsqu'il est mineur, depuis la loi du 5 mars 2007), qui comprend plusieurs obligations : amende, travail non rémunéré au profit de la collectivité, stage ou formation dans un service sanitaire, etc. Contrairement aux autres mesures alternatives aux poursuites, la composition pénale est enregistrée au Casier judiciaire : elle constitue donc un antécédent judiciaire pour les personnes qui y sont astreintes. Depuis 2007, le consommateur occasionnel de drogues

illicites peut également être contraint d'effectuer un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, payant (jusqu'à 450 euros selon les textes), d'une durée de un à deux jours [176].

Graphique 2 - Évolution de la réponse pénale des parquets aux affaires d'usage de stupéfiants (2001-2010)



Données limitées à 7 juridictions de la région Ile-de-France, représentant 25 % du contentieux pénal national
Source : Infocentre Nouvelle Chaîne pénale (ministère de la Justice)

La structure des alternatives aux poursuites prononcées à l'encontre des usagers de stupéfiants a également évolué [175]. Si la part des rappels à la loi (convocation de l'auteur de l'infraction par le délégué du procureur et admonestation) reste prédominante au sein des mesures alternatives (77 % en 2010), celle-ci tend à diminuer au profit des alternatives à composante sanitaire : injonctions thérapeutiques et orientations vers une structure socio-sanitaire. Ces dernières représentent environ 20 % des alternatives prescrites pour sanctionner un délit d'usage, contre 13 % en 2001. L'affirmation des mesures sanitaires dans la réponse pénale à l'usage est en partie liée à l'ouverture, en 2004, de consultations jeunes consommateurs (CJC), réparties sur tout le territoire, qui ont été rapidement identifiées par les procureurs comme un relais d'orientation adapté. L'analyse du public des CJC confirme qu'il comprend une part importante de personnes orientées par la justice (48 %), le plus souvent des jeunes majeurs de sexe masculin [172]. Les alternatives plus récentes, telles que la composition pénale ou le stage de sensibilisation, demeurent en revanche peu utilisées : en 2010, elles ne représentaient que 7 % de

l'ensemble des mesures alternatives prescrites par les parquets dans les affaires d'usage de drogues illicites.

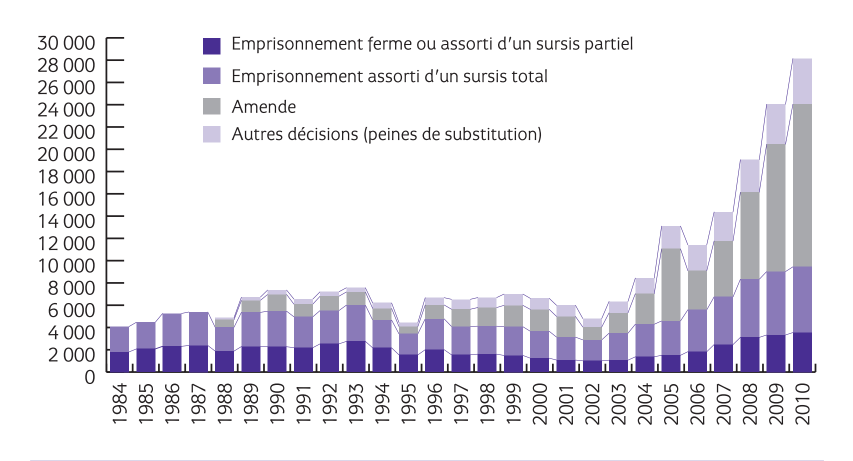
La réponse pénale aux affaires d'usage de stupéfiants se caractérise par le recours de plus en plus fréquent à la condamnation judiciaire. Les condamnations pour consommation de drogues illicites ont certes progressé moins rapidement que les interpellations. Elles ont néanmoins été multipliées par 4 depuis 1990 (contre 5 pour les interpellations d'usagers). Cette augmentation est intervenue au cours des années 2000 [162], témoignant d'un retournement de tendance par rapport à l'évolution observée lors de la décennie précédente. Nettement orienté à la baisse entre 1990 et 2002 (toujours en deçà de 5 000 condamnations annuelles), le nombre de condamnations judicaires pour infraction d'usage a été multiplié par 14 entre 2002 et 2010, atteignant un premier pic en 2008 (12 985 condamnations), puis un second en 2011 (22 449 condamnations). Ainsi, près de 60 % des condamnations prononcées dans le domaine des stupéfiants sanctionnent des consommateurs (la consommation étant l'infraction principale, seule ou associée à d'autres) : leur part dans les condamnations pour ILS atteint un niveau record, deux fois plus élevé qu'au début de la décennie 2000 (29 % en 2000). La part de condamnations prononcées dans le domaine des stupéfiants sanctionnant le seul usage, à l'exclusion de toute autre infraction, atteint 44,8 % en 2011 : elle était trois fois inférieure au début de la décennie (14,8 % en 2000).

Le second trait caractéristique de la réponse pénale à l'usage de stupéfiants tient à la transformation et à la diversification des peines prononcées pour sanctionner l'usage au cours des deux dernières décennies. La place des amendes, en particulier, a très fortement progressé, celles-ci s'imposant désormais comme la première modalité de peine appliquée aux consommateurs vus par les tribunaux. Par rapport aux autres ILS, l'usage est en effet l'infraction qui donne lieu à la palette la plus étendue de peines. Exclusivement centrée sur l'emprisonnement au début des années 1980, la réponse judiciaire au contentieux d'usage s'est progressivement étoffée (graphique 3). Depuis 1990, les proportions de peines de substitution et d'amendes ont été respectivement multipliées par 5 et 2,5. Les peines alternatives à l'incarcération se sont aussi diversifiées.

Alors même que le montant moyen des amendes pour usage de stupéfiants a baissé au cours des deux dernières décennies (passant de l'équivalent de 444 euros en 1990 à 312 euros en 2010), le recours aux peines d'amendes s'est fortement accéléré. Il s'agit aujourd'hui de la peine la plus courante en matière d'usage (51,9 %), loin devant les peines

d'emprisonnement avec sursis total (21 %), les peines d'emprisonnement ferme ou avec un sursis partiel (13 %), qui atteignent en 2010 un des niveaux les plus bas, et les peines alternatives à l'incarcération (10 %). La durée moyenne (ferme) des peines d'emprisonnement prononcées pour usage a considérablement diminué depuis la fin des années 1980, où elle atteignait 12,7 mois : elle avoisine cinq mois en 2010.

Graphique 3 - Évolution des condamnations judiciaires prononcées pour usage de stupéfiants en infraction principale (1984-2010)



Note : les creux identifiables en 1988, 1995 et 2002 correspondent aux années d'amnistie présidentielle.
Source : Casier judiciaire national (ministère de la Justice)

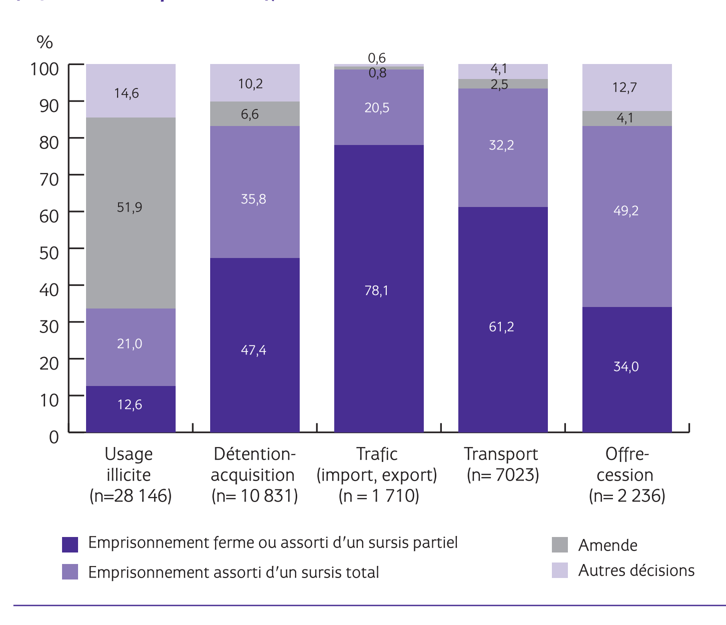
En 2010, 1 547 personnes ont été condamnées à une peine de prison ferme pour avoir consommé des drogues illicites (à l'exclusion de toute autre infraction), ce qui constitue le chiffre le plus élevé depuis 1993 en France. Le taux d'exécution de ces peines d'emprisonnement ferme n'est pas disponible dans les statistiques judiciaires.

Le trafic de stupéfiants : une réponse pénale centrée sur l'emprisonnement

De la même manière que pour l'usage, le suivi statistique des réponses pénales apportées à l'usage-revente et au trafic s'avère complexe et impossible à détailler par produit. En dépit de difficultés méthodologiques (voir encadré), on peut confronter deux chiffres pour rendre compte

de la réponse pénale au trafic de stupéfiants : en 2010, 21 894 personnes ont été interpellées pour usage-revente ou trafic et 21 801 individus condamnés pour détention-acquisition, transport, import-export ou offre-cession de stupéfiants (en infraction principale). En 2010, les condamnations prononcées pour des infractions liées au trafic représentaient 43 % de l'ensemble des condamnations pour ILS, celles pour usage étant redevenues plus nombreuses depuis 2009 (28 146 en 2010). Cette évolution traduit la difficulté des juridictions à établir une limite claire, en pratique, entre les actes liés à l'usage (comme la détention, l'achat ou la cession) et les actes qui relèvent strictement du trafic. La moitié des condamnations pour trafic sanctionnent des cas de détention ou d'acquisition de stupéfiants, assimilables à des trafics locaux. Les cas de trafic international (importation-exportation) représentent moins de 8 % des condamnations pour trafic. Les condamnations pour trafic international ne sont pas du même ordre de grandeur que celles pour trafic local : il semble en effet plus difficile de démanteler des réseaux importants de trafic liés à la criminalité organisée que des réseaux locaux de trafic reposant sur l'activité de petits revendeurs.

Graphique 4 - Structure comparée des condamnations judiciaires prononcées pour des infractions liées à l'usage, aux infractions préparatoires à l'usage et au trafic (infraction unique ou non), en 2010



Source : Casier judiciaire national (ministère de la Justice)

Les peines prononcées sont fortement différenciées selon le type d'infraction (graphique 4). L'infraction liée au trafic le plus sévèrement réprimée est l'infraction d'import-export, qui donne lieu à des peines comprenant, de plus en plus souvent, une part d'emprisonnement ferme : la proportion de ces peines d'emprisonnement ferme ou avec sursis partiel parmi les condamnations pour import-export en infraction principale est en effet passée de 65 % à 78 % entre 2000 et 2010. Les condamnations pour offre et cession de stupéfiants en infraction principale intègrent en revanche une part moins importante de peines d'emprisonnement ferme ou avec sursis partiel. La proportion de peines de prison prononcées pour ce délit a en effet diminué depuis le début des années 2000 (47 % en 2000, 34 % en 2010) au profit du sursis total (passé de 38 % à 49 % sur cette même période) et, marginalement, des peines de substitution ou des sanctions éducatives (13 % en 2010). La durée moyenne d'emprisonnement ferme prononcée varie de 9 mois pour la catégorie d'offre-cession à 26 mois pour les cas d'import-export de stupéfiants.

Repères méthodologiques

Cadres des parquets ; Casier judiciaire national ; Infocentre Nouvelle chaîne pénale.

5.3
Contrôles et délits routiers

Ivana Obradovic

En France, la conduite d'un véhicule sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants est interdite (voir chapitres 8.1 et 8.3). Les contrôles d'alcoolémie et les dépistages de stupéfiants sont systématiques en cas d'accident mortel ou corporel ayant entraîné des blessures. Ils peuvent également être pratiqués à titre préventif, lors d'un contrôle routier, en l'absence d'infraction ou d'accident, tant pour l'alcool (depuis 1978) que pour les stupéfiants (depuis 2003). Ces vérifications par les forces de l'ordre sont autorisées sous certaines conditions. Les contrôles d'alcoolémie doivent être pratiqués à l'aide d'un éthylomètre et d'une analyse sanguine : refuser un dépistage par éthylotest n'est donc pas une infraction. Les dépistages de stupéfiants sont assurés à l'aide de deux types de tests, urinaire et salivaire (depuis 2008), permettant de détecter la consommation récente de quatre types de substances illicites : cannabis, cocaïne, opiacés et amphétamines. En cas de positivité du dépistage ou d'impossibilité de réaliser ce dépistage, un prélèvement de sang est effectué par un médecin pour confirmer la présence de produits stupéfiants. Le cannabis restant détectable dans les urines plusieurs semaines après la consommation, seul un test sanguin positif indique de façon certaine que la personne contrôlée a consommé des stupéfiants dans les quatre heures précédant la prise du volant et qu'elle est donc encore sous l'influence de produits illicites. Le refus de se soumettre aux vérifications relatives à l'état d'alcoolémie ou d'emprise des stupéfiants constitue un délit.

Contrôles et infractions liés à l'alcool

Des contrôles d'alcoolémie de plus en plus fréquents

En 2011, plus de 11 millions de contrôles d'alcoolémie ont été pratiqués sur la route par les forces de l'ordre : ils ont augmenté d'un tiers au cours des dix dernières années (graphique 1). L'année 2011 a été marquée par un regain des contrôles de l'imprégnation alcoolique sur la route (+ 2,4 %), après une baisse pendant deux années consécutives.

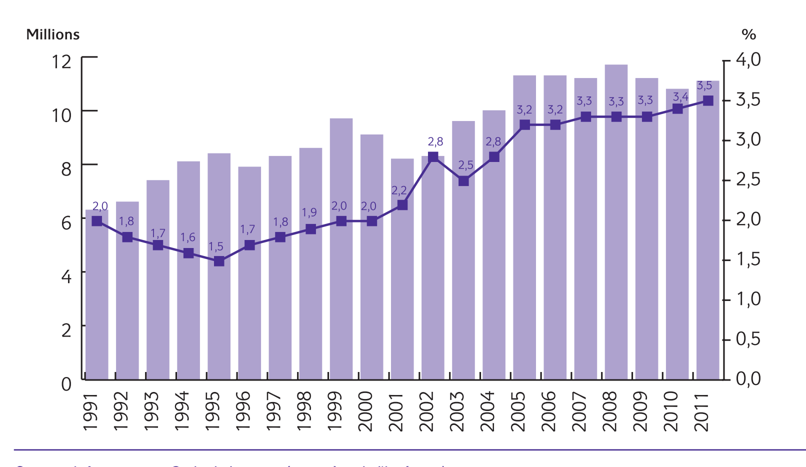
Cette évolution est due à la multiplication des contrôles préventifs, passés de 6,6 à 9,1 millions entre 1991 et 2011. Pratiqués à l'initiative des forces de l'ordre (contrairement aux contrôles obligatoires en cas d'infraction ou d'accident), ces contrôles préventifs représentent plus de 80 % des contrôles d'alcoolémie.

Ces opérations préventives, qui bénéficiaient d'un taux de positivité (tests positifs / nombre de dépistages effectués) logiquement bien inférieur à celui des contrôles réalisés lors d'infractions ou d'accidents (1,5 %, contre 4,3 % et 6,7 % en 2001), ont vu leur part de tests positifs doubler au cours de la décennie 2000, passant de 1,5 % à 3,1 %. Les dépistages préventifs étant fortement majoritaires, l'accroissement de leur taux de positivité a, mécaniquement, fait croître la part globale de contrôles routiers positifs, qui est passée de 2,2 % au début de la décennie à 3,5 % en 2011 (graphique 1). Cette augmentation des dépistages préventifs positifs résulte en partie d'une stratégie de contrôle plus ciblée, orientée par exemple vers les conducteurs circulant les soirées de week-end. Les contrôles obligatoires d'alcoolémie en cas d'infraction ou d'accident mettent l'alcool en cause dans 31 % des accidents mortels survenus sur la route en 2011 (au moins un conducteur impliqué dans l'infraction ayant une alcoolémie illégale), proportion stable par rapport à l'année précédente. La part des accidents mortels impliquant l'alcool a peu varié au cours de la dernière décennie (autour de 30 %), alors même que le nombre de décès a diminué de moitié. Compte tenu de la baisse générale de la mortalité routière, essentiellement imputable à la diminution de la vitesse, la part stable de l'alcool dans la mortalité routière se traduit néanmoins par un nombre de décès en recul (1 100 en 2011, contre plus de 2 300 en 2000).

Trois délits routiers sur dix liés à l'alcoolémie

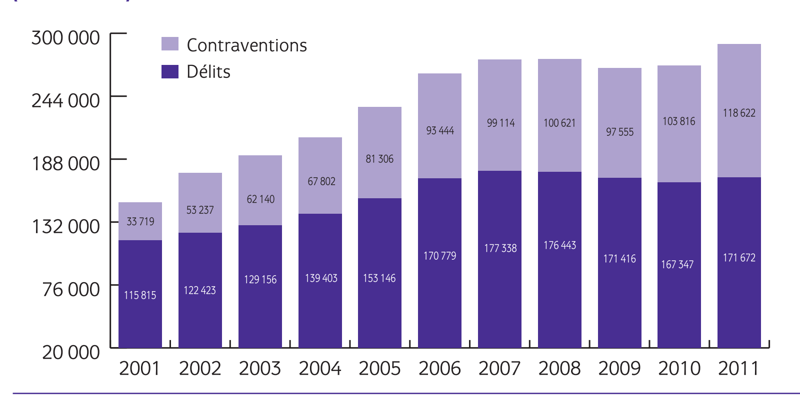
Les infractions routières liées à l'alcool relèvent, selon le taux d'alcoolémie constaté chez le conducteur, d'une contravention ou d'un délit.

Graphique 1 - Évolution du nombre de contrôles d'alcoolémie sur la route et de la part de dépistages positifs (1991-2011)



Source : Infractions au Code de la route (ministère de l'Intérieur)

Graphique 2 - Évolution du nombre d'infractions routières liées à l'alcoolémie (2001-2011)



Source : Infractions au Code de la route (ministère de l'Intérieur)

Entre 0,5 et 0,8 g/l de sang (ou entre 0,25 et 0,40 mg/l d'air expiré), l'alcoolémie est contraventionnelle ; au-delà d'un taux de 0,8 g/l de sang (ou 40 mg/l d'air expiré), l'alcoolémie au volant relève du délit.

En 2011, les services de police et de gendarmerie ont relevé, sur les routes, 290 294 infractions pour alcoolémie, soit une hausse de 7 % par rapport à l'année précédente (graphique 2). Cette augmentation

est largement imputable à la multiplication des infractions de conduite sous l'emprise de l'alcool au taux contraventionnel (compris entre 0,5 et 0,8 g/l de sang), qui enregistrent une nouvelle hausse en 2011 (+ 14 %, soit 118 622 infractions). Ainsi, en 2011, les infractions liées à la conduite avec un taux d'alcool contraventionnel représentent 41 % de l'ensemble des infractions pour alcoolémie (contre 59 % de délits).

Les délits liés à l'alcool représentent aujourd'hui 30 % de la délinquance routière, loin devant toute autre infraction au Code de la route. Si cette part imputable à l'alcool a fortement baissé au cours de la dernière décennie (elle était de 47 % en 2001), elle continue toutefois de mobiliser une ressource importante des forces de l'ordre, à l'image du nombre important de contrôles effectués sur les routes.

Dépistages et infractions liés aux stupéfiants

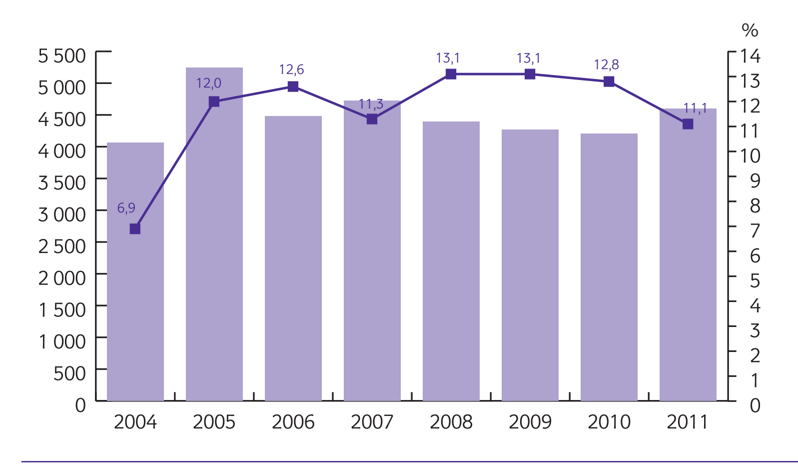
Dépistages de stupéfiants sur les conducteurs

Depuis 2004, première année d'application de la loi qui a créé l'infraction de conduite après avoir fait usage de stupéfiants, le nombre de dépistages consécutifs à un accident mortel oscille, selon les années, entre 4 000 et 5 250 (4 600 en 2011). Cette relative stabilité s'explique en partie par le caractère non systématique de ces dépistages en cas d'accident mortel, contrairement à ce que prévoit la loi : le dépistage des stupéfiants chez les conducteurs impliqués est pratiqué dans 57 % des accidents mortels seulement (trois fois plus que dans les accidents corporels, où la présence de stupéfiants n'est recherchée que dans 17 % des cas) [190]. Cependant, la mise en œuvre de la décision d'imputer aux conducteurs positifs les frais de dépistage, inscrite dans la loi Loppsi 2, pourrait changer la donne dans les années qui viennent.

Contrairement au taux de positivité des dépistages d'alcool en cas d'accident mortel, qui s'est accru depuis 2004, celui des dépistages de stupéfiants consécutifs à un accident mortel est en baisse constante depuis 2008. La présence d'un usage de stupéfiants est néanmoins attestée dans 11 % des accidents mortels suivis d'un dépistage (graphique 3), ce qui confirme que la consommation de stupéfiants est un facteur associé à la mortalité routière, quoique dans de moindres proportions que l'alcool. La consommation simultanée d'alcool et de stupéfiants n'étant pas mesurée dans la statistique des contrôles routiers, il reste difficile d'identifier la part des accidents mortels liés, en propre, à l'alcool ou aux stupéfiants dans la mortalité routière. L'étude épidémiologique

Stupéfiants et accidents mortels (SAM), menée entre 2001 et 2003, a cependant démontré que la consommation d'alcool multiplie le risque d'accident mortel par 8,5, alors que le surrisque d'accident mortel lié à la conduite sous l'effet du cannabis est multiplié par 2,1. Par ailleurs, l'association d'alcool et de cannabis s'avère particulièrement nocive, puisqu'elle multiplie par 14 le risque d'accident mortel au volant [153].

Graphique 3 - Évolution du nombre de dépistages routiers de stupéfiants et de la part de dépistages positifs (2004-2011)



Source : Infractions au Code de la route (ministère de l'Intérieur)

Les délits routiers liés aux stupéfiants

L'activité des forces de l'ordre en matière de délinquance routière liée aux stupéfiants est sans commune mesure avec celle liée à l'alcool : en 2011, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 15 fois moins de délits routiers liés aux stupéfiants que de délits liés à l'alcool (25 425 contre 171 672, sans compter 118 622 contraventions).

Ces délits liés aux stupéfiants se répartissent de la façon suivante : 24 787 pour conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants (97 % de la délinquance routière liée aux stupéfiants) et 638 refus de se soumettre au dépistage de produits stupéfiants (3 %), infraction en forte hausse entre 2010 et 2011 (+ 10,4 %). Le nombre de délits routiers liés à l'usage de stupéfiants a doublé depuis la mise en œuvre des tests salivaires par les forces de l'ordre en 2008 (12 944 délits).

En outre, 3 397 infractions pour conduite d'un véhicule après usage de stupéfiants et sous l'empire d'un état alcoolique ont été relevées en 2011, ce qui représente une baisse de 15 % par rapport à l'année précédente. Cette diminution contraste avec la progression importante observée dans la période précédente. Entre 2007 et 2010, cette infraction avait en effet été multipliée par 2,4 (4 002 délits en 2010 contre 1 633 en 2007), et le développement de ce type de comportement semblait s'accélérer.

Condamnations pour délits routiers sous l'emprise de l'alcool ou des stupéfiants

Large prééminence des condamnations pour conduite en état alcoolique

Avec 152 571 condamnations prononcées par les juridictions pénales en 2011, les infractions de sécurité routière liées à l'alcool représentent près d'un quart du contentieux en France et plus de la moitié des condamnations pour infractions à la circulation routière. Il s'agit d'une des catégories d'infractions dont l'essor a été le plus important depuis les années 1990, alors que les condamnations pour infractions à la sécurité routière ont augmenté de près de 60 % entre 1990 et 2010, avec une accélération marquée depuis 2000.

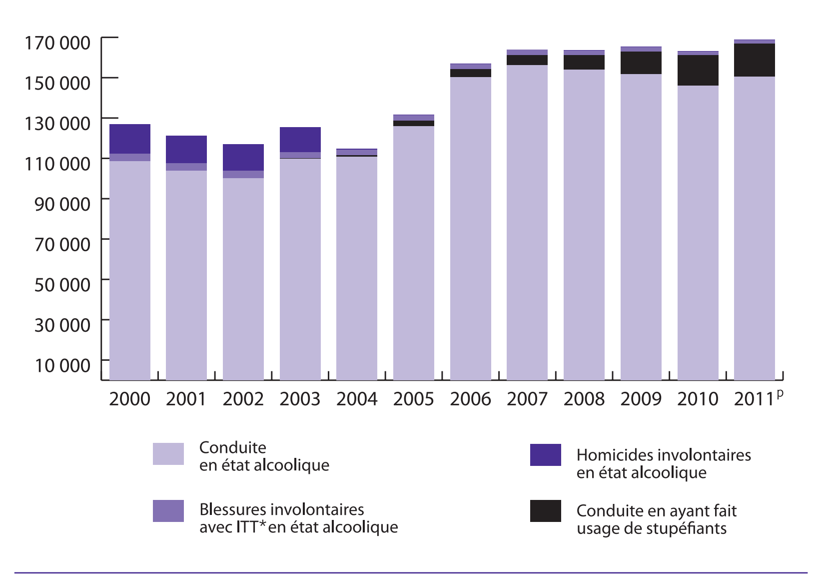
La très grande majorité des condamnations pour des délits routiers visent des conducteurs sous l'emprise de l'alcool : 150 556 condamnations en 2011, soit 89 %. Les condamnations pour blessures involontaires (1 828) et pour homicides involontaires (187) causés par des conducteurs en état alcoolique sont plus rares et en baisse constante depuis 2000.

La conduite en état alcoolique (CEA) est devenue un contentieux de masse qui dépasse désormais le volume des vols et recels et des coups et violences volontaires. Entre 2010 et 2011, les condamnations pour CEA ont continué de progresser (+ 3,1 %), plus rapidement encore que l'ensemble des condamnations pour infraction à la sécurité routière (+ 2,5 %), après une période de baisse pendant les trois années précédentes. Ce contentieux se développe en partie du fait de l'augmentation de la récidive, conséquence logique de l'intensification de la répression de l'alcool au volant. Ainsi, alors qu'elles étaient marginales au début des années 1990, les condamnations pour récidive de conduite en état alcoolique représentent aujourd'hui près de 16 % des condamnations

pour CEA « simple » (sans autre infraction associée) ; cette part était de 10 % en 2000 et avoisinait 3 % en 1990.

Si l'activité juridictionnelle occasionnée par la consommation de stupéfiants au volant est dix fois moins importante que celle liée à la conduite en état alcoolique, elle progresse régulièrement depuis 2003 (graphique 4). La conduite sous l'influence de stupéfiants est, par ailleurs, très souvent associée à la conduite en état alcoolique, qui constitue, à l'inverse, l'infraction unique dans 80 % des condamnations.

Graphique 4 - Évolution des condamnations pour délits routiers liés à l'alcool et aux stupéfiants (2000-2011)



p : données provisoires ; * Incapacité temporaire totale
Source : Casier judiciaire national (ministère de la Justice)

La pénalisation des délits routiers liés à l'alcool et aux stupéfiants : un phénomène multifactoriel

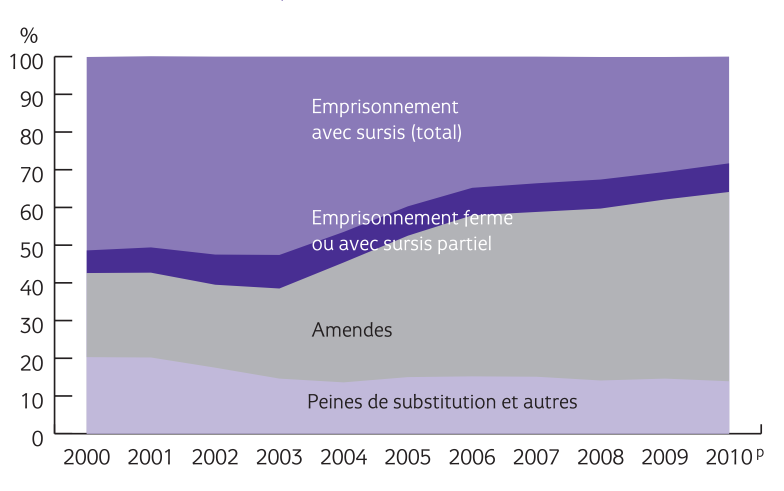
La montée en charge des condamnations pour des délits liés à l'alcool et aux stupéfiants résulte d'une combinaison de facteurs. Elle reflète d'abord l'attention portée par les pouvoirs publics à la répression de la délinquance routière depuis 2002, date à laquelle le thème de la sécurité routière a été mis à l'agenda politique, dans un contexte de mortalité importante, qualifié par le président de la République de

« fléau national » appelant une intervention prioritaire de l'État. Les politiques de lutte contre l'insécurité routière se sont ainsi traduites par la création de nouvelles infractions (conduite sous l'influence de stupéfiants, refus de se soumettre au dépistage de produits stupéfiants), donnant lieu à des peines de plus en plus systématiques, jusqu'à atteindre 16 264 condamnations pour conduite en ayant fait usage de stupéfiants en 2011 (graphique 4). Elles ont également conduit à développer les contrôles préventifs d'alcoolémie, ce qui entraîne mécaniquement une augmentation des condamnations. Cette croissance est d'autant plus importante que le taux de récidive a tendance à être élevé chez les personnes en difficulté avec l'alcool.

Structure des peines prononcées

La structure des peines prononcées pour des délits liés à l'alcool et aux stupéfiants suit une tendance marquée depuis quelques années : la part des amendes ne cesse d'augmenter, au détriment des peines d'emprisonnement avec sursis total, qui subissent un mouvement inverse. Ainsi, dans les condamnations pour conduite en état alcoolique, la part des amendes est passée de 22,3 % en 2000 à 50,2 % en 2010, alors que la proportion des peines d'emprisonnement avec sursis total a diminué de 57,4 % à 35,9 % durant cette période (graphique 5).

Graphique 5 - Évolution de la structure des peines prononcées pour des délits routiers liés à l'alcool (en %), 2000-2010

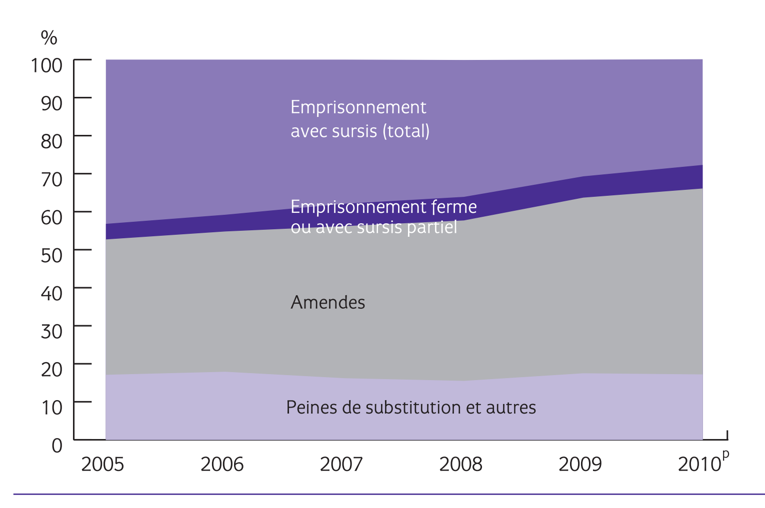


p : données provisoires

Source : Casier judiciaire national (ministère de la Justice)

De même, dans les cas de conduite sous l'influence de stupéfiants, la part des amendes s'est élevée de 35,6 % à 48,9 % entre 2005 et 2010, tandis que la proportion de peines d'emprisonnement avec sursis total a fléchi de 43,2 % à 27,8 % (graphique 6). Cette évolution s'explique par le recours croissant aux procédures pénales simplifiées (composition pénale, ordonnance pénale délictuelle), qui ne peuvent aller de pair avec une peine d'emprisonnement. Parallèlement, les délits routiers liés à l'usage d'alcool ou de stupéfiants sont aussi de plus en plus souvent sanctionnés par des peines d'emprisonnement comprenant une partie ferme : cette proportion est passée de 6,0 % à 7,6 % pour la conduite en état alcoolique (2000-2010) et de 4,1 % à 6,2 % pour la conduite sous l'influence de stupéfiants (2005-2010). En revanche, alors que la part des peines de substitution dans la réponse judiciaire à la conduite sous l'influence de stupéfiants a peu évolué, dans le cas de l'alcool, elle est passée de 20,3 % à 13,9 % entre 2000 et 2010. Ce type de peine comprend principalement des mesures de retrait ou de suspension du permis de conduire et des peines de jours-amendes. Ainsi, la nature des condamnations prononcées à l'égard des conducteurs en état alcoolique et des conducteurs sous l'influence de stupéfiants semble similaire.

Graphique 6 - Évolution de la structure des peines prononcées pour des délits routiers liés aux stupéfiants (en %), 2005-2010



p : données provisoires

Source : Casier judiciaire national (ministère de la Justice)

Si le profil des personnes condamnées pour conduite sous l'influence de stupéfiants s'avère relativement constant depuis 2005 (une majorité d'hommes majeurs de moins de 30 ans), celui des personnes condamnées pour conduite en état alcoolique évolue peu à peu depuis 1990. Jusqu'à une période récente, les condamnés pour CEA étaient plus âgés que l'ensemble des condamnés : cela est de moins en moins le cas, la part des jeunes majeurs (18-29 ans) atteignant près d'un tiers en 2010. Les femmes restent largement sous-représentées dans le contentieux de la circulation routière, même si leur part dans les condamnations pour conduite en état alcoolique a tendance à augmenter : 6,0 % en 2000, 7,1 % en 2005 et 8,5 % en 2010.

Repères méthodologiques

Casier judiciaire national ; Fichier des infractions au code de la route ; Fichier national des accidents corporels de la circulation routière ; SAM.

Dépenses publiques

6

6.1
Estimation des dépenses publiques en matière de lutte contre les drogues

Cristina Díaz Gómez

Estimer les dépenses publiques relatives aux drogues consiste à déterminer quels sont d'une part les montants alloués à la mise en œuvre de la politique impulsée par l'État sur cette problématique, et d'autre part les coûts sociosanitaires essentiellement supportés par l'Assurance maladie.

Les budgets sont retracés à partir des systèmes d'information de la comptabilité publique.

En France, la question de l'évaluation des dépenses publiques pour lutter contre les drogues, prévenir et prendre en charge les conduites addictives a déjà été abordée dans un certain nombre de travaux publiés par l'OFDT [26, 140-143]. Il s'agit de surcroît d'un domaine que l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a entrepris de documenter depuis 2008.

L'évolution récente des dépenses publiques des administrations et services publics

Les éléments de connaissance présentés dans ce chapitre reposent sur un travail d'analyse réalisé en 2011 à la demande de l'OEDT [80]. Son objectif était d'examiner l'impact de la crise économique de 2008 sur l'évolution des coûts supportés par les administrations et services publics pour mettre en œuvre la politique de lutte contre les drogues et la prévention des addictions. Conformément aux recommandations (guidelines) de l'OEDT, les dépenses publiques sont classées en trois

catégories : santé, application de la loi et prévention. En 2012, les différents pays européens membres de l'OEDT ont présenté les résultats de leurs analyses dans leurs rapports nationaux respectifs. Ces travaux peuvent être consultés sur le site de l'Observatoire européen (www.emcdda.europa.eu).

Méthodologie de l'analyse

Cette étude a porté sur l'ensemble des dépenses relatives aux drogues licites et illicites, sans les ventiler par produit. Les chiffres retenus pour l'analyse correspondent aux crédits consommés.

■ Deux catégories de dépenses ont été distinguées : d'une part celles qui servent à financer les administrations qui participent à la mise en œuvre de la politique relative aux drogues et qui relèvent du budget de l'État, et d'autre part, une partie des dépenses de l'Assurance maladie pour la prise en charge des conduites addictives. Les dépenses liées aux traitements des maladies qui sont la conséquence des consommations de drogues (cirrhose, cancers…) ne sont pas intégrées à l'analyse. Les dépenses engagées par les administrations sont extraites du document de politique transversale (DPT) sur les drogues et toxicomanies, piloté par la MILDT, qui retrace depuis 2008 l'effort financier consacré par l'État à l'action contre l'alcool, le tabac et les substances illicites. Les montants sont regroupés dans une trentaine de programmes qui impliquent notamment les ministères des Affaires étrangères, de la Culture, de la Défense, de l'Économie (DGDDI), de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, de l'Intérieur, de la Justice, de la Santé et celui du Travail. Les dépenses inscrites dans ces différents programmes sont affectées aux cinq champs (dénommés objectifs stratégiques) de la politique publique dans le domaine des drogues : la prévention des consommations, l'application de la loi et la lutte contre le trafic, l'intensification et la diversification de la prise en charge sanitaire, la promotion de la recherche, l'action internationale. C'est à partir de cette table de correspondance que les montants de crédits peuvent être affectés aux domaines habituels : prévention (universelle, sélective et indiquée) (voir chapitre 4.1), prise en charge sanitaire, application de la loi et lutte contre le trafic de drogues, auxquels se rajoute celui de l'action transversale (coordination, recherche, formation, observation).

■ Les dépenses d'Assurance maladie identifiées ont été retracées à partir des mesures nouvelles prévues dans les plans gouvernementaux en cours entre 2008 et 2010, à savoir le plan de prévention des addictions 2007-2011, le plan gouvernemental de lutte contre le tabac, l'alcool et les drogues illicites 2008-2011, et le plan « santé en prison » 2011-2014. Les dépenses de l'Assurance maladie prises en compte dans l'analyse com-

prennent également les moyens consacrés au financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et des communautés thérapeutiques, et les montants de remboursement des traitements de substitution aux opiacés. Pour identifier les postes des dépenses de santé, les sources mobilisées ont été les campagnes tarifaires de l'Assurance maladie et le fichier de remboursement pour les médicaments de substitution.

Les éléments de méthodologie ont été présentés brièvement. Pour obtenir davantage de détails sur les modalités de calcul des dépenses, il est possible de se référer à l'étude figurant dans le rapport national de l'OFDT [80].

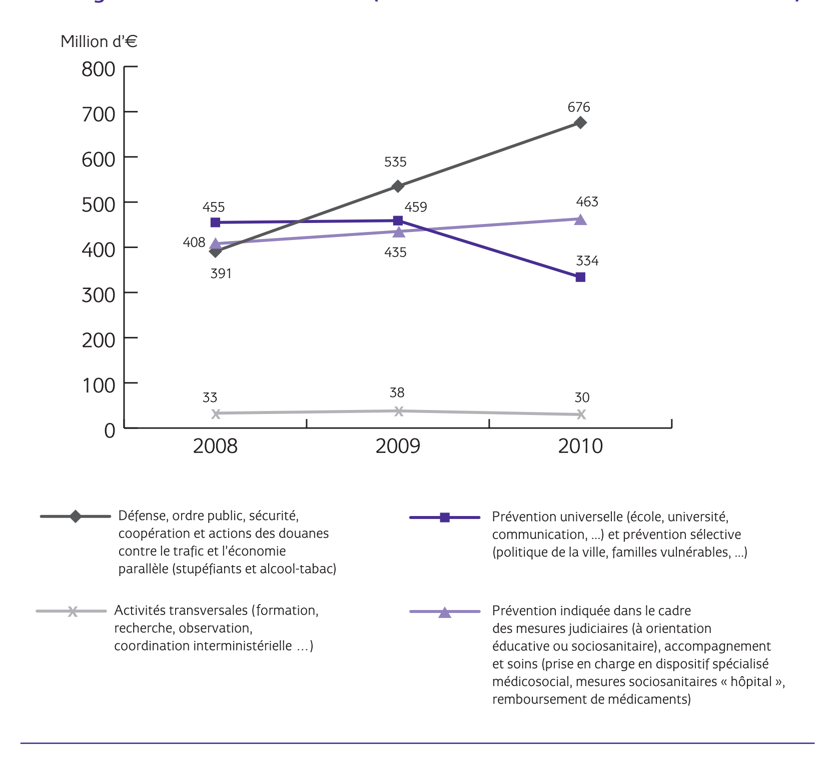
Résultats

La dépense publique engagée par l'État et l'Assurance maladie pour la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues et la prévention des conduites addictives peut être estimée à 1,50 milliards d'euros (Md€) en 2010 contre 1,47 Md€ en 2009 et 1,29 Md€ en 2008.

Ces crédits ont progressé au cours de ces trois années mais moins rapidement d'une année sur l'autre, évolution qui a touché l'ensemble des dépenses publiques depuis 2009. D'après le rapport européen sur les drogues 2013 de l'OEDT [90], l'ensemble des pays européens ont ressenti les conséquences du récent ralentissement économique et certains ont même été contraints d'imposer de fortes réductions des dépenses pour la mise en œuvre de leur politique de lutte contre les drogues. Concernant la répartition de ces dépenses, il ressort du rapport de l'agence européenne que le financement des interventions dans le domaine de la réduction de l'offre représente la majeure partie des dépenses publiques consacrées aux drogues dans la plupart des pays. En France, les coûts engendrés par les administrations et services publics dans le champ de la réduction de la demande (prévention et santé) dépassent les coûts supportés par les ministères chargés de l'application de la loi et de la lutte contre le trafic. Il faut toutefois prendre en considération l'absence des coûts liés à l'incarcération des personnes condamnées pour infractions liées aux drogues.

L'évolution des différentes composantes de la dépense publique engagée dans la mise en œuvre de la politique dédiée peut être retracée à l'aide du graphique 1.

Graphique 1 - La dépense publique (en millions €) réalisée entre 2008 et 2010 pour la mise en œuvre de la politique de lutte contre les drogues et de prévention et prise en charge des conduites addictives (Crédits de l'État et de l'Assurance maladie)



Note : Ces données n'incluent pas les dépenses de l'administration pénitentiaire au titre de la détention de personnes incarcérées pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) ou des délits commis sous l'emprise de drogues ou d'alcool. Cette composante n'apparaît en effet pas dans le DPT. Rappelons que seules les dépenses fléchées pour la prise en charge des addictions sont directement traçables à partir des documents budgétaires annuels (financement du dispositif médico-social en addictologie, coûts supportés par les établissements de santé pour financer les mesures nouvelles dans le champ des addictions, remboursement des médicaments de substitution).

Source : OFDT. Élaboré à partir des documents budgétaires sur la base des crédits consommés (Documents de politique transversale « drogues et toxicomanies » pour 2010, 2011 et 2012). Pour les crédits de l'Assurance maladie, les montants ont été retracés grâce aux circulaires budgétaires DSS/DGS et DGOS et au fichier MEDIC'AM – AMELI.

Principales limites

Différentes limites sont à souligner à propos de cet exercice. La première concerne la portée de l'estimation. Cette dernière est assez limitée puisque ce travail n'aborde pas la question de l'évaluation des coûts attribuables aux traitements des pathologies liées aux drogues. Ceux-ci

représentent pourtant la majeure partie des dépenses publiques relatives aux drogues. En effet, aucune estimation récente n'est disponible à ce jour (voir encadré).

L'autre limite importante concerne les données sources. D'une part, celles-ci ne sont pas exhaustives, puisque les coûts supportés par l'administration pénitentiaire – au titre de la détention de personnes incarcérées pour infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) ou des délits commis sous l'emprise de drogues ou d'alcool – non disponibles dans le DPT, ne sont pas inclus dans l'estimation. D'autre part, les postes de dépenses n'étant que rarement spécifiques aux drogues, le recours à des méthodes d'estimation est nécessaire pour chaque administration. Les données qui sous-tendent l'analyse s'accompagnent par conséquent de marges d'incertitude qui doivent être prises en compte pour interpréter les résultats.

Les autres coûts liés aux drogues

En 2003, les coûts des traitements liés aux pathologies attribuables aux drogues et les dépenses supportées par l'administration pénitentiaire au titre des ILS ou des délits commis sous l'emprise de drogues ou d'alcool ont été évalués par Kopp et Fénoglio [140]. Ces postes de dépenses ont été estimés à hauteur de 21,58 Md€ (la majeure partie revenant aux drogues licites), ceux supportés par l'administration pénitentiaire à 0,22 Md€. Il n'existe pas actuellement de données d'évolution. Ces estimations de 2003 peuvent être actualisées en tenant compte du taux d'inflation. Sur cette base, ces deux catégories de dépenses représenteraient 26,66 Md€ et 0,25 Md€ respectivement en 2010. En agrégeant l'ensemble de ces estimations, en 2010, le total des dépenses publiques consacrées à la politique de lutte contre l'alcool, le tabac et les drogues illicites atteindrait 28,41 Md€.

Repères méthodologiques

Données de remboursement de l'Assurance maladie (SNIIRAM / EGB) ; Medic'AM.

Marchés

7

7.1
Le poids économique de l'alcool

Christophe Palle

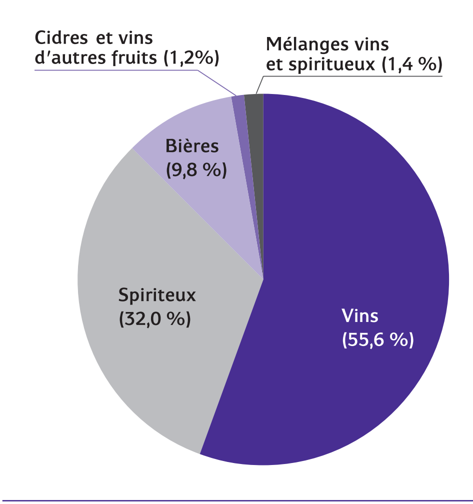
La France est un pays de tradition viticole : malgré une chute importante du volume de vin consommé au cours des cinquante dernières années, elle reste en 2011 le plus grand consommateur mondial (46 litres par habitant) et le premier producteur, juste devant l'Italie [191]. La bière, historiquement circonscrite aux régions du Nord et de l'Est, occupe une place beaucoup plus modeste chez les Français. Avec environ 30 litres annuels par habitant, ceux-ci se classent en 2010 parmi les peuples les moins amateurs de bière au sein de l'Union européenne [30]. La France ne fait pas non plus partie des pays les plus consommateurs de spiritueux. Cette catégorie, qui comprend l'ensemble des boissons alcoolisées issues d'une distillation (pastis, cognac, armagnac, crèmes, liqueurs et eaux-de-vie de fruits, whisky, vodka, tequila, etc.), est apparue plus tardivement dans l'histoire. Aux alcools anisés, très prisés depuis le XIXe siècle (absinthe, interdite en 1914, remplacée par le pastis en 1920), les Français préfèrent de plus en plus le whisky : il atteint 38,6 % de part de marché en 2011 contre 27,7 % pour les anisés [98].

Depuis un demi-siècle, le secteur économique de l'alcool doit composer avec une tendance de fond à la baisse de la consommation de boissons alcoolisées, liée presque exclusivement à la diminution de celle du vin (voir chapitre 9.1).

VINS : VOLUME EN DIMINUTION MAIS PRIX PLUS ÉLEVÉS

La dépense des ménages pour leurs achats de boissons alcoolisées s'élève à 16,7 milliards d'euros en 2011, dont 9,3 milliards d'euros pour les vins, 5,1 milliards pour les spiritueux, 1,8 milliard pour les bières et 440 millions d'euros pour les cidres et autres produits alcoolisés obtenus par fermentation [121]. Cette dépense représente 1,1 % de la consommation des ménages. En euros constants, elle a légèrement diminué entre 2005 et 2011 (- 0,8 %), avec une baisse marquée pour les bières (- 11 %), très faible pour les spiritueux (- 0,9 %), et une légère augmentation pour les vins (+ 1,8 %, dont + 13 % pour les champagnes et mousseux) [121]. Pour ces derniers, l'augmentation des prix a compensé la baisse des volumes consommés sur cette période. En effet, la consommation des Français se porte de plus en plus sur les vins de meilleure qualité dont les prix, poussés par la demande étrangère, sont en hausse. Dans le cas des spiritueux, à l'inverse, les volumes ont plutôt tendance à augmenter, alors que les prix baissent. Pour les bières, les prix stagnent et les volumes diminuent (graphique 1).

Graphique 1- Répartition suivant les types d'alcool de la dépense des ménages en boissons alcoolisées en 2011 (en %)



Source : INSEE, exploitation OFDT

L'ALCOOL : UN PRODUIT D'EXPORTATION

Les exportations françaises d'alcool représentent 11,4 milliards d'euros en 2011, dont 7,2 milliards pour les vins et 4 milliards pour les spiritueux. Les exportations de bières totalisent un chiffre d'affaires bien plus modeste, 271 millions d'euros, au demeurant inférieur aux montants importés [83]. Les importations d'alcool sont globalement bien inférieures aux exportations : elles s'élèvent à 2,4 milliards d'euros en 2011, dont 1,2 milliard de spiritueux, 620 millions en vins et 460 millions de bières [83]. Le poids économique de la filière alcool peut également s'apprécier par le nombre d'emplois qu'elle génère. En la matière, on ne dispose, souvent, que des données fournies par les producteurs, dont l'évaluation est mal connue et difficile à vérifier. En ce qui concerne la filière vitivinicole, le chiffre avancé par les syndicats professionnels et le ministère de l'Agriculture est de 250 000 emplois directs, dont 142 000 dans la viticulture et près de 70 000 dans la distribution et la vente du vin (emplois dans les coopératives viticoles, le courtage et le négoce, la grande distribution et chez les cavistes, etc.). Le nombre d'emplois indirects est évalué à 300 000 (tonnelage, chaudronnerie, verre, logistique, etc.). En ce qui concerne la bière, l'Association des brasseurs de France revendique un peu plus de 71 000 emplois, dont 6 000 emplois directs. La Fédération française des spiritueux indique de son côté 100 000 emplois générés dans cette branche.

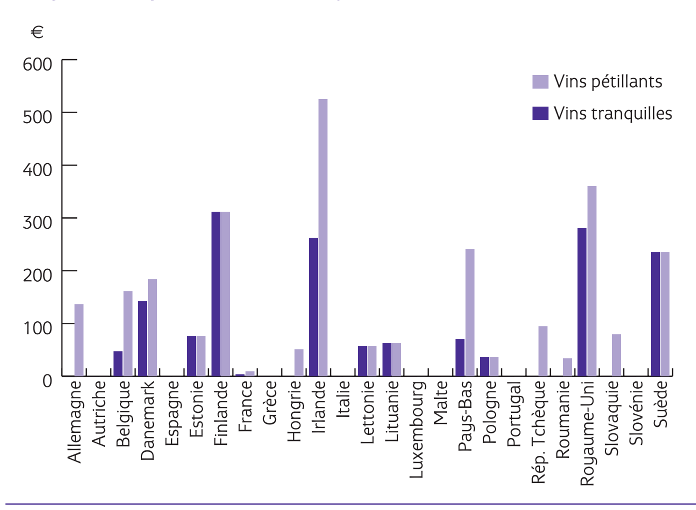
DES NIVEAUX DE TAXATION DIFFÉRENTS SELON LES PRODUITS

La consommation d'alcool est aussi à l'origine de recettes fiscales pour l'État et la Sécurité sociale, par le biais de la TVA (comme pour n'importe quel bien de consommation), mais également grâce aux droits sur les volumes consommés. Sur les 16,7 milliards d'euros de dépenses des ménages pour les boissons alcoolisées en 2011, le montant des droits indirects perçus sur l'alcool (hors TVA) s'élève à 3,2 milliards d'euros [55]. La consommation de spiritueux est à l'origine de 82 % des recettes fiscales sur les alcools. Les bières représentent 11 % des recettes, les vins 4 % et les produits intermédiaires 3 %. Cette répartition est très différente de celle des volumes consommés exprimés en équivalent alcool pur (22 % de spiritueux, 17 % de bières et 58 % de vins). Ainsi, fin 2012, un litre d'alcool pur supporte une taxe d'environ 22 euros s'il est consommé sous forme de spiritueux, de 7,2 euros sous forme de bière et de 37 centimes si c'est du vin. Au 1er janvier 2012, les taxes sur les spiritueux ont été augmentées : les droits d'accise sont passés de 1 514 euros à 1 660 euros par hl d'alcool

pur et la cotisation sociale sur les boissons alcooliques, qui était en 2011 de 1,6 euro par litre de boisson alcoolisée d'un titrage supérieur ou égal à 25°, a été fixée à 533 euros par hl d'alcool pur. Les droits indirects étant soumis à TVA, l'augmentation totale des taxes est d'environ 1 euro pour une bouteille d'alcool de 75 cl contenant 40° d'alcool pur. Au 1er janvier 2013, c'est la bière qui a vu sa fiscalité s'alourdir de 160 %, ce qui devrait se traduire par une augmentation de 5 centimes d'euros pour un demi contenant 25 cl de bière titrant 4,5°. L'augmentation des taxes sera moitié moindre, en pourcentage, pour les petites brasseries dont la production n'excède pas 200 000 hl.

La disparité de taxation selon les alcools n'est pas propre à la France (graphique 2). La plupart des pays européens producteurs de vins a fixé un taux d'imposition quasi nul, voire nul (Italie, Espagne) pour cette catégorie d'alcool, la taxation étant à l'inverse assez élevée dans les pays qui n'en produisent pas. Les taxes relatives aux spiritueux et à la bière sont beaucoup plus élevées dans le nord que dans le sud de l'Union européenne. Les pays dernièrement intégrés à l'UE, principalement d'Europe orientale, ont quant à eux fait le choix d'une faible taxation pour les spiritueux et de niveaux supérieurs à ceux pratiqués en France pour les vins et la bière.

Graphique 2 - Montant en euros des droits d'accise sur les vins tranquilles et les vins pétillants par hl de vin au 1er janvier 2012



Source : European Commission, Directorate general taxation and customs union, Indirect Taxation and Tax administration, Environment and other indirect taxes

Les recettes fiscales perçues sur la consommation de vin ont baissé de 10 % entre 2000 et 2011, alors que celles sur les spiritueux ont augmenté d'un peu plus de 10 %. Celles sur la bière, plus fluctuantes, se situent en 2011 au même niveau qu'en 2000. Toutefois, si on tient compte de l'inflation, les recettes ont en fait globalement baissé entre 2000 et 2011. Depuis 2009, les tarifs sont chaque année corrigés de l'inflation, ce qui permet de maintenir les recettes par volume d'alcool à une valeur constante en termes réels.

La notion de « chiffre d'affaires », qui correspond aux montants des ventes réalisées par une ou plusieurs entreprises, est souvent aussi utilisée pour déterminer l'importance économique d'un secteur. Le chiffre d'affaires peut être exprimé toutes taxes comprises, et dans ce cas, il est égal aux dépenses des ménages indiquées ci-dessus, auxquelles il faut ajouter le montant des exportations, soit un total de 28,12 milliards d'euros en 2011.

On peut également s'intéresser au chiffre d'affaires qui revient aux entreprises une fois déduits la TVA et les droits indirects (tableau 1). Sur les 16,67 milliards d'euros dépensés par les ménages pour les boissons, la TVA perçue sur les boissons alcoolisées représente 2,7 milliards d'euros. Une fois déduits les droits d'accise sur les alcools, le chiffre d'affaires des boissons alcoolisées vendues sur le marché intérieur représente 10,7 milliards d'euros. À ce montant, il faut rajouter le chiffre d'affaires

Tableau 1 - Chiffre d'affaires, droits de consommation, taxe sur la valeur ajoutée et exportations du secteur des boissons alcoolisées (en milliards d'euros)

	Chiffre d'affaires intérieur (hors droits de consommation et hors TVA)	Droits de consommation	Taxe sur la valeur ajoutée	Chiffre d'affaires à l'exportation	Chiffre d'affaires total (hors droits de consommation et hors TVA)
Spiritueux	1,61	2,65	0,84	3,94	5,55
Vins de raisin	7,64	0,12	1,52	7,18	14,81
Bières	1,17	0,38	0,30	0,27	1,45
Autres*	0,27	0,10	0,07	0,06	0,34
Total	10,70	3,24	2,73	11,45	22,15

* Les nomenclatures n'étant pas strictement identiques pour les différentes composantes de cette catégorie suivant le type de grandeur indiqué, les données pour cette catégorie sont plus approximatives, imprécision dont les répercussions sont très marginales sur la répartition des montants pour les trois principales catégories, spiritueux, vins et bières.

Source : Calculs OFDT à partir des données de l'INSEE et de la Direction générale des douanes et des droits indirects

à l'export, soit un montant sensiblement égal aux ventes domestiques de 11,4 milliards d'euros, qui n'est soumis ni à la TVA française, ni aux droits indirects perçus en France. Le chiffre d'affaires total du secteur des boissons alcoolisées (hors droits de consommation et hors TVA) s'élève en 2011 à un peu plus de 22 milliards d'euros.

Repères méthodologiques
Ventes d'alcool.

7.2
Le marché du tabac

Aurélie Lermenier

En France, bien que le tabac soit en vente libre (sauf aux mineurs), sa fabrication et son commerce sont très contrôlés par l'État. Les buralistes (préposés pour cette fonction de l'administration des Douanes) ont le monopole de la vente au détail des produits du tabac. Ils sont environ 27 000 en 2012. Les différents changements survenus depuis 2003-2004 en matière de fiscalité et leurs conséquences sur les ventes de tabac sont exposés ici, en particulier l'augmentation des prix, devenue un instrument majeur de lutte contre le tabagisme. Les conséquences de ces mesures sur la consommation sont décrites ultérieurement (voir chapitre 9.10). Avec les hausses de prix répétées depuis le début des années 2000, le développement d'approvisionnements en dehors du réseau buraliste apparaît évident. Par ailleurs, la cigarette électronique, qui ne contient pas de tabac mais peut délivrer de la nicotine, semble connaître un certain succès depuis deux ans : début 2013, les fabricants avancent le chiffre de 500 000 usagers actuels (voir encadré dans chapitre 9.10).

Des hausses de prix fréquentes mais des ventes assez stables

En janvier 2004, le taux moyen de taxation des cigarettes est porté à 80 % (du prix de vente du paquet de la classe la plus vendue), contre 79 % en 2003 et 76 % auparavant. Par conséquent, le prix du paquet de cigarettes de la classe la plus vendue est passé de 3,60 euros en décembre 2002 à 5 euros en janvier 2004 et les ventes ont subi un véritable décrochage (- 32 %). Cette importante augmentation des prix pour une hausse de la fiscalité qui paraît réduite s'explique par la répartition de la taxe spécifique et de la taxe proportionnelle, la première ayant été fortement augmentée en 2003-2004, agissant sur les prix, même les plus bas. En

raison du gel des hausses fiscales décidé par le gouvernement en 2003, la fiscalité des produits du tabac n'a connu aucun changement depuis 2004. Néanmoins, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit que le niveau de taxes sur les cigarettes augmente en juillet 2013, se répercutant sur les prix, avec une augmentation accrue pour le tabac à rouler, afin de rendre ce dernier moins attrayant par rapport aux cigarettes. Par ailleurs, la modification de la structure des taxes (part spécifique et part proportionnelle, aussi appelée ad valorem) permettra de rehausser le prix des cigarettes les moins chères.

Des hausses de prix, de l'ordre de 6 % à chaque fois, sont intervenues en août 2007, novembre 2009 et 2010, et en octobre 2011 et 2012. Elles ont été demandées par les industriels du tabac et entérinées par le ministère du Budget. Mais ces augmentations n'ont eu presque aucun impact sur les ventes, qui sont restées stables depuis 2005, aux alentours de 65 000 t de tabac, dont 55 000 de cigarettes. Néanmoins, en 2012, le marché du tabac connaît sa plus forte baisse depuis 2005 (- 3,4 % des ventes), certainement liée au passage du prix des paquets de cigarettes à plus de 6 euros, voire 6,50 euros. Les fortes hausses de prix de 2003-2004 ont initié un report des consommateurs de cigarettes vers le tabac à rouler, qui se confirme depuis : les ventes ont progressé de 18 % entre 2007 et 2012 et la part de marché approche pour la première fois 14 %. Ceci s'explique par le fait qu'il reste toujours meilleur marché que les cigarettes, malgré des hausses de prix souvent plus fortes [158]. Les cigares et cigarillos, pourtant beaucoup moins taxés que les cigarettes et le tabac à rouler (44 % contre respectivement 80 % et 75 %) [6], voient leurs ventes diminuer de 1,4 % en 2012 (atteignant près de 1,5 milliard d'unités), une tendance observable depuis le milieu des années 2000. Quant aux ventes de tabacs dits traditionnels (tabac à mâcher ou à priser), elles s'élèvent à 321 t en 2012, soit une baisse de 1,1 % par rapport à 2011 [145].

Tableau 1 - Ventes de tabac, chiffre d'affaires et recettes fiscales, 2012

	Ventes totales	*dont* cigarettes	Tabacs à rouler	CA total	Recettes fiscales
2012	62 133 t	51 456 t	8 489 t	17,9 Mds, €	14 Mds €
Évolution 2011-2012	- 3,4 %	- 4,9 %	+ 6,4 %	+ 2,3 %	+ 1,8 %

Légende : CA = chiffre d'affaires ; t = tonnes ; Mds € = milliards d'euros

Sources : Ventes de tabac (Altadis) ; DGDDI

En 2012, malgré la baisse globale des ventes, le chiffre d'affaires (CA) généré augmente (+ 2,3 %), dans la continuité des cinq dernières années. La baisse des ventes de cigarettes est compensée par les hausses des prix répétées et l'augmentation des ventes de tabac à rouler, dont le chiffre d'affaires a progressé de 16,9 % par rapport à 2011 (tableau 1).

En 2012, 8,6 % du CA sont revenus aux buralistes, 13 % aux fabricants et aux distributeurs et près de 78,5 % à l'État. Ce dernier a ainsi perçu 14 milliards d'euros de taxes (TVA comprise) en 2012, soit 1,8 % de plus que l'année précédente [145].

Parmi les pays européens, la France occupe une position médiane au regard de la taxation des cigarettes : elle se place derrière la Grèce, les Pays-Bas et plusieurs pays d'Europe de l'Est (Hongrie, Pologne, Estonie, etc.), le Royaume-Uni ayant le plus fort niveau de taxation (89 %) [95]. Toutefois, les cigarettes vendues en France sont parmi les plus chères d'Europe, après celles disponibles au Royaume-Uni et en Irlande (respectivement 9,31 euros et 9,10 euros pour un paquet de Marlboro en juillet 2012) [144].

Des achats hors réseau buraliste assez fréquents

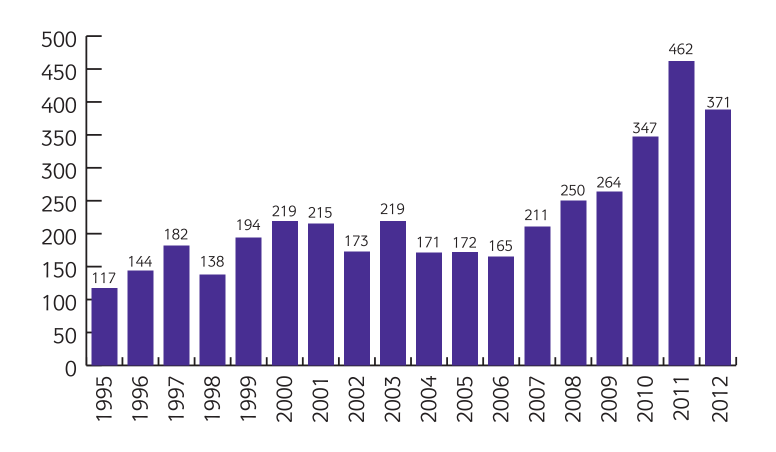
À la suite des fortes hausses de prix en 2003-2004, les achats hors réseau buraliste se sont développés : depuis cette période, 20 % des cigarettes consommées par les fumeurs français proviendraient d'un autre canal d'approvisionnement que les bureaux de tabac. Plus précisément, pour la période 2004-2007, les achats transfrontaliers de cigarettes sont estimés à près de 11 000 t chaque année, soit 15 % de la consommation. Les achats en *duty-free*, par Internet et en contrebande (y compris la contrefaçon) compteraient ainsi pour 5 % à 6 % de la consommation française de cigarettes, soit un peu moins de 4 000 t [150].

Des saisies en hausse

En 2011, les services des Douanes ont saisi 462 t de tabac au cours de 13 258 constatations, soit une valeur marchande de 109 millions d'euros [85]. Les saisies de tabac opérées via le fret express et postal ont atteint 36 t : il s'agit d'un canal de saisie de plus en plus fréquent avec le développement des achats sur Internet. En 2012, les saisies de tabac s'élèvent à 371 t [84], une baisse de 19,7 % par rapport à 2011, qui avait été une année exceptionnelle : les quantités interceptées

avaient augmenté d'un tiers avec seulement 4 % d'opérations supplémentaires. Cette hausse, qui s'inscrivait dans la tendance observée depuis 2007, était le résultat d'une volonté explicite du ministère du Budget d'accroître de 15 % les saisies opérées par les services douaniers par rapport à 2010, suite aux estimations concordantes rendues publiques de 20 % d'achats hors du réseau buraliste. Pour l'année 2012, aucun objectif chiffré n'a été demandé publiquement aux services des Douanes de la part de leur tutelle, mais le niveau atteint est le deuxième plus haut jamais enregistré.

Graphique 2 - Saisies de tabac (en tonnes) par les services des Douanes, 1995-2012



Source : Saisies de tabac (DGDDI)

Repères méthodologiques

Saisies de tabac ; Tableau de bord mensuel tabac.

7.3
Le marché des drogues illicites

Michel Gandilhon

La France, compte tenu de sa position géographique au cœur de l'Europe occidentale, est une zone de transit pour les principales substances illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, drogues de synthèse) produites dans le monde. Elle est aussi, comme beaucoup de pays développés où la population dispose d'un pouvoir d'achat élevé, une aire de consommation importante qui en fait un marché stratégique pour les trafiquants. Ces phénomènes se traduisent par un nombre de saisies de drogues illicites en augmentation ces dix dernières années, indicateur qui reflète non seulement l'activité des services répressifs (police, douanes, gendarmerie), mais aussi la diffusion des substances illicites sur le territoire. À cet égard, l'année 2010, avec près de 130 000 saisies réalisées, a marqué un niveau sans précédent.

Un marché du cannabis en transformation

Le cannabis, que ce soit sous sa forme de résine ou d'herbe, est le premier produit stupéfiant consommé en France dans un contexte où l'offre est extrêmement dynamique. La valeur du marché national du cannabis (résine et herbe), selon des données remontant à 2007, est estimée à 832 millions d'euros [28]. En 2012, selon des données encore provisoires, les saisies de résine de cannabis atteignent 49,5 t (tableau 1) et confirment le mouvement de baisse amorcé ces dernières années, notamment depuis le pic atteint en 2004 avec plus d'une centaine de tonnes. Cette diminution des saisies s'expliquerait, si l'on croit les statistiques de l'ONUDC, par la chute de la production de résine au Maroc (voir encadré ci-dessous) et par la réactivité des trafiquants face aux services répressifs (douanes, police et gendarmerie). Ceux-ci tendent

Tableau 1 - Quantités annuelles de drogues saisies en France entre 2006 et 2012 (en kg).

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012p
Résine de cannabis	67 891	34 182	71 075	56 073	52 795	55 641	49 500
Herbe de cannabis	3 773	3 047	3 422	3 495	4 564	5 450	2 500
Graines de cannabis	57	51	30	45	22	ND	ND
Héroïne	1 051	1 035	1 117	970	1087	883	615
Cocaïne	10 166	6 578	8 214	5 211	4 125	10 834	5 600
Crack	8	6	12	12	14	13	ND
Amphétamines	77	307	109	564	176	601	ND
Ecstasy (milliers de comprimés)	1 488 919	1 359 912	342 923	106 597	663 595	1 510 500	157 000
LSD (buvards)	5 589	13 107	90 021	10 209	28 411	ND	ND
Kétamine	5	2	65	3	14	ND	ND

p : données provisoires
Source : OSIRIS (OCRTIS)

en effet à disperser leurs lieux de stockage et à multiplier le nombre de convois moins chargés en produit.

Les quantités d'herbe saisies, après une progression ininterrompue depuis 2006, sont elles aussi en diminution (- 54 %) par rapport à l'année 2011 [178].

Une offre très structurée

L'offre de résine de cannabis en France s'est largement structurée depuis le début des années 1980 et assure une disponibilité certaine de ce produit, en dépit des aléas qui peuvent survenir ponctuellement sur certains marchés locaux. En 2007, entre 65 000 et 140 000 personnes étaient investies aux différents niveaux de l'offre (tableau 2) [28]. Ce phénomène est bien sûr favorisé par la proximité géographique du Maroc et de l'Espagne, principale porte d'entrée de cette substance en Europe. En France, les réseaux du trafic international et local de résine de cannabis se présentent de la manière suivante :

- des grossistes implantés dans le sud de l'Espagne ou au Maroc capables d'importer par tonnes de la résine de cannabis du Maroc [108] ;

■ des intermédiaires (semi-grossistes) qui acheminent le produit en provenance d'Espagne ou des Pays-Bas. Ce sont des groupes très structurés qui importent aussi d'autres produits illicites (cocaïne, héroïne), même si la spécialisation monoproduit demeure plutôt la règle ;
■ des trafiquants locaux situés à la tête de réseaux de revendeurs chargés d'écouler les produits sur un territoire donné.

Une augmentation régulière de l'offre d'herbe de cannabis

Depuis la fin des années 2000, on assiste à un engouement croissant des usagers pour l'herbe, alors que le nombre de cannabiculteurs, occasionnels ou permanents, est estimé en 2010 entre 80 000 et 200 000 personnes en France [12] et que la production domestique d'herbe est en plein essor (autour d'une trentaine de tonnes) [25].

Ce phénomène est lié à plusieurs facteurs. D'une part, le développement d'une vogue pour les produits dits « biologiques », supposés être

L'offre internationale de cannabis

L'essentiel de la résine de cannabis consommée en France provient du Maroc, tandis que l'herbe est importée en grande partie du nord de l'Europe (Belgique et Pays-Bas) et dans une moindre mesure d'Afrique subsaharienne. Le Maroc est le deuxième producteur mondial de résine de cannabis (760 t), derrière l'Afghanistan, dont la production est estimée entre 1 200 et 3 700 t [228]. L'Espagne est la principale porte d'entrée de la résine de cannabis marocaine, devant les Pays-Bas et la Belgique, qui constituent les deux autres pays de stockage et de redistribution secondaire en Europe [90, 91]. La géopolitique européenne du cannabis apparaît toutefois en pleine mutation avec l'émergence de l'Europe comme zone de production d'herbe, dans un contexte où le rôle majeur du Maroc serait en déclin. Deux éléments peuvent expliquer cette évolution. L'investissement de l'État marocain dans la politique d'éradication des cultures semble, en effet, porter ses fruits. Ainsi, entre 2005 et 2010, la production aurait diminué de près de 30 %. Dans le même temps, la résine marocaine est de plus en plus concurrencée par celle en provenance d'Afghanistan et par l'herbe produite directement et à une échelle toujours plus massive sur le Vieux Continent, que ce soit en *indoor* ou en *outdoor* [91]. En 2010, pour la première fois en Europe, le nombre de saisies d'herbe (382 000) a dépassé celles de résine (358 000), même si en volume la résine demeure encore largement majoritaire [178].

de meilleure qualité, et, d'autre part, la volonté de nombreux usagers d'échapper aux contacts avec les revendeurs et les services répressifs [37]. Si la production d'herbe en France est dominée par de petits producteurs exerçant leur activité dans le cadre de culture dite de « placard », depuis 2007, les services en charge de la répression du trafic illicite de stupéfiants démantèlent aussi de véritables usines de production (*cannabis factories*), comptant plusieurs centaines de plants et susceptibles d'engendrer un chiffre d'affaires important [230]. Autre phénomène notable, le développement de coopératives de production d'herbe de cannabis, les cannabis social clubs, inspirées du modèle espagnol, reposant sur l'association de petits producteurs soucieux de mutualiser leurs ressources et d'éviter le recours à l'économie parallèle des « cités ». En 2012, une association, du type loi de 1901, visant à fédérer les producteurs à l'échelle nationale a été créée [70].

Tableau 2 - Estimation des chiffres d'affaires des dealers de cannabis

	Effectif	Volume annuel distribué	Nombre de clients	Chiffre d'affaires annuel
Semi-grossiste	De 689 à 1 504	De 132 kg à 308 kg	Une dizaine	De 253 000 à 552 000 € **Blanchiment**
Intermédiaire A	De 6 000 à 13 000	De 16 kg à 35 kg	Une dizaine	De 35 000 à 76 000 € **Blanchiment**
Intermédiaire B et dealer final	De 58 000 à 127 000	Autour de 3,5 kg	Entre 3 et 8	De 4 500 à 10 000 €

Source : d'après Ben Lakhdar [24]

Tableau 3 - Prix médians (en euros) de détail, semi-gros et gros du gramme de cannabis, de cocaïne, d'héroïne en 2011

	Détail	Semi-gros	Gros
Herbe de cannabis	7,5	4	3
Résine de cannabis	5	3	2
Cocaïne	60	35	30
Héroïne	35	15	10,5
Ecstasy (comprimé)	6	2,5	3

Source : Baromètre prix (OCRTIS)

En 2011 et 2012, plusieurs démantèlements de grosses installations ont mis en évidence l'implication d'organisations vietnamiennes dont on sait qu'elles sont très investies, en Grande-Bretagne notamment, dans la production de cannabis en « intérieur » (indoor) [78]. Ce phénomène, relativement récent en France, traduit l'implication du crime organisé dans ce secteur et son intérêt pour un marché en pleine croissance [230].

La cocaïne, un marché en augmentation

La cocaïne constitue, après le cannabis, le deuxième marché de drogues illicites et son chiffre d'affaires serait d'un niveau équivalent (autour de 900 millions d'euros en 2011), pour un nombre de consommateurs bien moindre et une consommation intérieure évaluée à une quinzaine de tonnes [27].

Avant de marquer un net recul en 2012, avec moins de 6 t, les saisies de cocaïne en France avaient en 2011 atteint le cap symbolique des 10 t, dépassant le record de 2006. Même si ce niveau exceptionnel était dû notamment à de grosses saisies maritimes réalisées dans les Antilles, il témoigne du dynamisme de l'offre de cocaïne. Alors que, dans les années 1990, la moyenne des saisies sur le territoire français se situait dans des valeurs tournant autour de la tonne, depuis le début des années 2000, cette moyenne dépasse les 5 t [178].

Une offre diversifiée

En France, aujourd'hui, l'offre de cocaïne est structurée autour de trois grands types de réseaux [104] :

- des réseaux liés au grand banditisme français et étranger spécialisés en général dans la vente en gros du produit ;
- des réseaux dits de « cité » implantés dans les quartiers périphériques des grandes métropoles, investis soit dans la vente en gros soit dans celle de détail ;
- des réseaux d'usagers-revendeurs plus ou moins professionnalisés.

Comme pour la résine de cannabis, les importateurs de cocaïne sur le territoire français s'approvisionnent majoritairement auprès de grossistes installés dans le sud de l'Espagne, principale porte d'entrée de la cocaïne produite en Amérique latine (voir encadré ci-après). Toutefois, la Belgique et les Pays-Bas sont également deux zones principales de stockage du produit et permettent à de multiples micro-réseaux d'usagers-revendeurs de s'approvisionner à moindre coût tout en assurant la diffusion de la cocaïne dans des milieux sociaux extrêmement diversifiés [103].

L'offre internationale de cocaïne

La production de cocaïne est circonscrite à l'Amérique latine, notamment dans les trois pays andins : Colombie, Pérou, Bolivie. En 2008, la production totale est estimée à 865 t [228]. Depuis le début des années 1990, le commerce et l'usage de la cocaïne se sont largement mondialisés. En effet, face au rétrécissement du marché aux États-Unis, les trafiquants sud-américains ont réorienté le trafic de cocaïne en direction de l'Europe, laquelle est en train de rattraper les États-Unis pour l'importance monétaire du marché. Ce dernier est en effet estimé à 33 milliards de dollars, contre 37 milliards pour les États-Unis. Le trafic de cocaïne vers l'Europe emprunte trois grandes routes. La route dite du nord, qui part des Caraïbes via l'archipel des Açores pour atteindre les grands ports du nord de l'Europe comme Rotterdam et Anvers ; celle dite du centre, qui part du Venezuela et passe par le Cap-Vert, Madère et les Canaries, et enfin la route africaine, qui est apparue, notamment dans l'ouest du continent, au début des années 2000 [51, 52].

Le crack, un marché limité et localisé

En France métropolitaine, contrairement à la situation qui prévaut en Guyane, en Martinique ou en Guadeloupe, l'usage de cocaïne basée, sous l'appellation « crack », est marginal dans la population générale et circonscrit géographiquement (dans le nord de Paris et sa proche banlieue) et socialement avec des usagers précarisés.

Si, il y a encore quelques années, ce marché était tenu majoritairement par de petits réseaux de revendeurs issus le plus souvent d'Afrique de l'Ouest – les modous – et fabriquant eux-mêmes le produit, il semble que cette configuration se transforme avec l'émergence de nouveaux dealers, plus jeunes, et issus de l'univers des quartiers défavorisés [37].

Un marché de l'héroïne persistant

En France, l'héroïne est disponible sous deux formes chimiques : la forme chlorhydrate, dite blanche, et la forme base, dite brune. La première demeure minoritaire sur les marchés parallèles et ne circule que dans des milieux bien spécifiques, comme certains secteurs de l'immigration asiatique, chinoise en particulier, et des usagers insérés de la région parisienne. En revanche, la forme base est dominante et représente la quasi-totalité

des saisies réalisées par les services répressifs. Alors que les saisies étaient tombées à leur plus bas niveau historique (200 kg en 1999), notamment à la suite de l'introduction des traitements de substitution aux opiacés dans la seconde moitié des années 1990, le marché connaît un regain d'activité et les saisies tournent autour de la tonne depuis 2006 [107]. En 2012, avec 615 kg, les saisies d'héroïne sont en forte baisse par rapport aux années antérieures, mais demeurent relativement élevées au regard de la situation qui prévalait au début des années 2000.

La disponibilité de l'héroïne en France est favorisée par la présence d'organisations criminelles, turques et albanaises en particulier, qui importent l'héroïne afghane (voir encadré) via la route des Balkans. Cette importation se réalise selon deux grandes modalités : une première où l'héroïne est directement réceptionnée sur le territoire français, notamment dans l'Est et la région Rhône-Alpes, et une seconde, indirecte, par l'implantation de stocks d'héroïne destinée au marché hexagonal dans des pays frontaliers comme la Belgique, les Pays-Bas ou l'Allemagne. Là, l'héroïne est vendue en demi-gros ou en gros (de 10 000 à 15 000 euros le kilo) [178] à des réseaux de détaillants. À côté de ces réseaux qui relèvent du crime organisé existent des filières, qualifiées par les services répressifs de secondaires, à savoir des petites structures composées pour la plupart d'usagers-revendeurs qui s'approvisionnent selon leur enracinement géographique en Espagne, aux Pays-Bas ou en Belgique. Tous ces facteurs contribuent au caractère diffus de la présence de l'héroïne sur le territoire français.

L'offre internationale d'héroïne

Près de 90 % de l'héroïne saisie en France provient d'Afghanistan. Ce pays, selon des données produites par l'ONUDC, est le premier producteur d'opium et occupe le même rang pour l'héroïne, avec 370 t en 2008. Des centres de transformation de l'opium existent également au Pakistan et surtout en Turquie, laquelle constitue la première étape de la route dite des Balkans où transiteraient près de 80 % de l'héroïne destinée à l'Europe occidentale. D'autres routes, moins importantes, sont identifiées via la Russie et l'Europe du Nord. Au sein de l'Union européenne, les Pays-Bas et, dans une moindre mesure, la Belgique sont les deux zones principales de stockage et de redistribution de l'héroïne.

Une autre partie de l'héroïne, l'héroïne blanche, provient de l'Asie du Sud-Ouest , à savoir la Birmanie (Union du Myanmar), la Thaïlande et le Laos.

Bouleversements du marché des drogues de synthèse

Le marché des drogues de synthèse, dominé jusqu'à aujourd'hui par des produits « traditionnels » comme la MDMA, le LSD ou les amphétamines, est en plein bouleversement avec l'émergence de nouveaux produits de synthèse (NPS), qui circulent notamment par le vecteur Internet (voir chapitre 9.8).

Cependant, c'est le marché de la MDMA qui demeure le plus important, compte tenu des niveaux d'usage en population générale. Ce marché connaît lui-même des transformations entre les différentes galéniques, puisque la MDMA en forme poudre, voire cristal, est de plus en plus recherchée par certaines franges d'usagers au détriment du comprimé d'ecstasy, lequel connaît une certaine désaffection. Si l'année 2011 avait été marquée par des saisies extrêmement importantes, avec 1,5 million de comprimés d'ecstasy, un niveau proche de la fin des années 1990 et du début des années 2000, quand l'usage d'ecstasy était en plein essor en France, les saisies de l'année 2012 ont été divisées par 10 avec 157 000 comprimés. Ces chiffres, toutefois, sont à prendre avec précaution du fait du caractère très aléatoire des saisies. En outre, celles-ci ne sauraient constituer un reflet de l'état du marché intérieur hexagonal : la France étant un pays de transit, la majeure partie des comprimés interceptés sont destinés au Royaume-Uni et à l'Espagne.

L'offre sur Internet

Depuis le milieu des années 2000, l'offre de drogues par Internet s'est beaucoup développée en Europe (voir chapitre 9.8). Si ce vecteur est surtout évoqué à propos de la circulation des NPS, il serait erroné de penser que ce mode de circulation ne concerne que ces nouvelles substances.

La vente en ligne concerne un spectre extrêmement large de produits. Les premiers concernés sont les substances naturelles, qu'il s'agisse de graines à cultiver, plantes ou champignons [206].

D'autres drogues illicites sont également disponibles par Internet : LSD, ecstasy, GHB ou opiacés. Plus de 200 produits psychoactifs, outre les NPS, seraient ainsi diffusés par 693 boutiques en ligne, installées pour la plupart au Royaume-Uni et aux Pays-Bas [87, 149].

Les services répressifs notent par ailleurs un désintérêt des organisations criminelles françaises pour le comprimé d'ecstasy. Ainsi, l'essentiel de l'approvisionnement du marché français est le fait de microstructures qui se fournissent à l'étranger, notamment dans les grands pays producteurs (Allemagne, Pays-Bas, Belgique), et plus rarement de filières animées par des Européens de l'Est installés dans l'Hexagone.

S'agissant des hallucinogènes synthétiques comme le LSD, la kétamine ou le GHB, il ne semble pas que l'offre relève de structures professionnalisées, mais plutôt de micro-réseaux plus ou moins artisanaux se procurant les substances soit par le biais du vecteur Internet, soit au gré de voyages à l'étranger.

L'offre internationale de drogues de synthèse

Les amphétaminiques et les hallucinogènes de synthèse sont largement fabriqués en Europe. Par ordre d'importance, les principaux producteurs sont les Pays-Bas, la Belgique, la Pologne, la Bulgarie, la Turquie et l'Estonie. La République tchèque s'est, quant à elle, spécialisée dans la production de méthamphétamine. Celle-ci est destinée à alimenter son marché intérieur, à l'image de ce qui se passe dans d'autres pays comme les États-Unis. Cependant, depuis quelques années, la production de méthamphétamine se développe dans d'autres pays européens (Allemagne, Lituanie, Pays-Bas), où un nombre croissant de petites structures de production (*kitchen laboratories*) sont démantelées.

Repères méthodologiques

Baromètre prix OCRTIS ; Baromètre santé ; OSIRIS ; TREND.

Cadre légal

8

8.1 Cadre légal en matière d'alcool

Carine Mutatayi, Maitena Milhet

Pour des raisons fiscales et d'ordre public, la consommation et la distribution d'alcool sont réglementées depuis plusieurs siècles. Les préoccupations de santé publique du législateur se sont traduites par l'instauration d'un cadre juridique relativement récent (ordonnances de 1960 sur la lutte contre l'alcoolisme, loi Évin du 10 janvier 1991, loi portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009) qui a fait l'objet de remises en cause tout au long de sa mise en œuvre. Le débat public oppose en effet le discours des spécialistes en alcoologie et addictologie aux revendications des viticulteurs, producteurs et distributeurs, et il partage également l'opinion.

Alcool et ordre public

La législation en matière de lutte contre l'alcoolisme s'est esquissée au XIXe siècle à travers des dispositions relatives au maintien de l'ordre public, notamment la loi de 1873 sur la répression de l'ivresse publique, aujourd'hui codifiée dans l'article L. 3341-1 du Code de la santé publique (CSP).

Aujourd'hui, l'ivresse publique et manifeste est passible d'une contravention de 2e classe (150 euros d'amende). La personne est conduite à ses frais au poste le plus proche ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison.

L'ivresse dans une enceinte sportive constitue, depuis la loi du 6 décembre 1993 relative à la sécurité des manifestations sportives, un délit pouvant être puni d'une peine d'emprisonnement, notamment en cas de violences.

Renforcement des mesures de protection des mineurs

Les pouvoirs publics se sont très tôt mobilisés pour limiter les pratiques d'alcoolisation excessive des jeunes générations, notamment par l'adoption de dispositions réglementaires destinées à restreindre

l'accès à l'alcool. Jusqu'à la loi HPST de 2009, la vente d'alcool était interdite aux mineurs de moins de 16 ans. Depuis, l'ensemble des mineurs est concerné par cette interdiction et toute forme d'offre de boisson alcoolisée à leur profit (y compris à titre gratuit) est proscrite dans les débits de boissons, commerces et lieux publics. La personne qui délivre la boisson peut exiger du client qu'il établisse la preuve de sa majorité.

En cas de non-respect, les propriétaires des établissements servant de l'alcool encourent une peine de 7 500 euros d'amende. Ils peuvent être sanctionnés d'une peine complémentaire d'interdiction à titre temporaire d'exercer les droits attachés à une licence de débit de boissons à consommer sur place ou à emporter, pour une durée d'un an au plus, et se voir obligés d'accomplir un stage de responsabilité parentale, selon les modalités fixées à l'article 131-35-1 du Code pénal. En cas de récidive, les propriétaires risquent un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende.

Sécurité routière : contrôle accru de l'alcoolémie

La conduite sous l'empire d'un état alcoolique est un délit, réprimé depuis la loi du 18 mai 1965 en France. La loi du 9 juillet 1970 fixe pour la première fois un seuil légal d'alcoolémie au-delà duquel la conduite d'un véhicule motorisé est interdite. Elle introduit aussi le dépistage par l'air expiré. En 1978, le législateur instaure les contrôles d'alcoolémie, même en l'absence d'infraction ou d'accident (loi du 12 juillet 1978). Au long des années 1980, les sanctions afférentes à un dépistage positif ne cessent d'être renforcées.

Depuis le décret du 29 août 1995, la conduite d'un véhicule est interdite pour une concentration d'alcool dans le sang (alcoolémie) égale ou supérieure à 0,5 g d'alcool par litre de sang (soit 0,25 mg/l d'air expiré). Ces seuils correspondent approximativement à deux verres standards de vin. Pour les conducteurs de transports en commun routiers, l'alcoolémie maximale tolérée est inférieure à 0,2 g/l (décret du 25 octobre 2004). En fait, une telle disposition impose une consommation nulle car l'organisme peut présenter naturellement une alcoolémie très faible, indépendamment de la prise d'alcool. Depuis juillet 2012, tout conducteur de véhicule terrestre motorisé, hormis les cyclomoteurs, doit posséder un éthylotest, immédiatement utilisable (décret du 28 février 2012). En janvier 2013, les sanctions liées à cette obligation ont été reportées sine die.

La conduite d'un véhicule avec un taux d'alcool compris entre 0,5 et 0,79 g/l de sang (ou 0,25 et 0,40 mg/l d'air expiré) constitue une contravention de 4e classe, de la compétence du tribunal de police : le contrevenant encourt une peine d'amende (de 135 à 750 euros), le retrait de six points du permis de conduire, l'immobili-

sation du véhicule et la suspension du permis pour une durée maximale de trois ans avec possibilité d'aménagement. À partir de 0,8 g/l (0,4 mg/l d'air expiré), le conducteur commet un délit, relevant de la compétence du tribunal correctionnel, passible d'un retrait de six points, d'une amende pouvant aller jusqu'à 4 500 euros, d'une peine de prison pouvant atteindre deux ans et du retrait du permis de conduire (décret du 29 août 1995 ; art. L. 244-1 du Code de la route). Des peines complémentaires peuvent être infligées : travail d'intérêt général, jours-amende, interdiction de conduire certains véhicules ou obligation d'accomplir un stage de sensibilisation à la sécurité routière. En cas d'accident corporel, les peines sont aggravées et peuvent atteindre dix ans d'emprisonnement en cas d'homicide involontaire avec manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence.

Tout autocar affecté à un transport d'enfants, mis pour la première fois en circulation à partir du 1er janvier 2010, doit être équipé d'un dispositif d'éthylotest antidémarrage (EAD), répondant aux normes de conformité précisées par le ministère chargé des transports (arrêté du 13 octobre 2009). En 2011, la loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (LOPPSI) interdit également aux auteurs de délits de conduite en état alcoolique, notamment en cas d'homicide ou de blessures involontaires, de conduire un véhicule ne comportant pas de dispositif antidémarrage par éthylotest électronique. Toute personne faisant l'objet de cette interdiction se voit remettre, à la place de son permis de conduire, un certificat stipulant cette restriction. Une amende de 1 500 euros et plusieurs peines complémentaires, comme la confiscation du véhicule, punissent toute tentative de démarrer un tel véhicule malgré un état alcoolique (décret du 5 septembre 2011). Toute tentative de détournement du dispositif antidémarrage (neutralisation, détérioration, recours à un tiers pour permettre le démarrage) est punie de l'amende prévue pour les contraventions de 4e classe. La personne qui faciliterait sciemment l'infraction est passible de la même peine.

LE DÉPISTAGE AU TRAVAIL EN DÉBAT

Le Code du travail interdit la présence de personnes en état d'ébriété dans les locaux professionnels et vise à limiter l'introduction de boissons alcoolisées dans l'entreprise. Celles-ci sont interdites dans les distributeurs automatiques. Toute personne ayant autorité sur les employés a pour obligation d'empêcher l'introduction ou la distribution de boissons alcooliques, à l'exception des vins, bières, cidres, poirés et des hydromels non additionnés d'alcool (art. L. 232-2 du Code du travail). Le cadre général

de la consommation des alcools (limitée ou interdite) et de leur circulation est défini par l'employeur par le biais du règlement intérieur (circulaire du 13 janvier 1969).

Le règlement intérieur doit préciser les conditions d'un éventuel contrôle de l'alcoolémie ou de l'usage de stupéfiants d'un salarié ou d'un candidat. Préalablement, l'employeur doit informer les personnes concernées de la nature et de l'objet du dépistage et des conséquences possibles d'un résultat positif. Les tests sont pratiqués sur prescription du médecin du travail. L'interprétation des données biologiques et cliniques, soumises au secret médical, est de son ressort exclusif. Il n'informe l'employeur que de l'aptitude ou l'inaptitude du salarié ou du candidat. En vertu des libertés individuelles, le recours à l'éthylotest auprès d'un salarié ne peut s'appliquer que pour prévenir ou faire cesser une situation dangereuse, liée à la manipulation de produits ou de machines dangereux ou à la conduite d'un véhicule automobile, de transport collectif notamment (circulaire du 15 mars 1983). L'employeur ne peut guère l'utiliser pour faire constater une faute du salarié. Ainsi, la jurisprudence considère qu'il n'y a pas lieu d'imposer la présence d'un tiers ni de prévoir la possibilité d'une contre-expertise (arrêt du Conseil d'État du 12 novembre 1990). Cependant, pour les salariés dont les missions le justifient (postes de sécurité ou de sûreté), des contrôles, même inopinés, peuvent être effectués sur le lieu de travail, dès lors que cette éventualité est inscrite au règlement intérieur. L'employeur peut, dans les cas et aux conditions prévus par le règlement intérieur, faire procéder à la fouille des casiers individuels de salariés suspectés de consommer sur le lieu de travail.

La prévention des usages d'alcool ou de drogues sur le lieu du travail relève du médecin du travail, qui dispense également les recommandations de soins (loi 20 juillet 2011). Les services de santé au travail ont pour mission de conseiller employeurs, travailleurs et représentants du personnel en la matière.

Une plus grande prise de conscience des risques induits par l'usage d'alcool (ou de drogues illicites) en milieu professionnel, l'amélioration des tests de dépistage (notamment salivaires) et les garanties requises par les règles de commerce international étayent une meilleure acceptation de la pratique du dépistage. Désormais, la question du dépistage, longtemps éludée, fait l'objet de nouveaux débats.

En mai 2011, le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) estime « souhaitable et justifié pour les postes de sûreté et de sécurité » le dépistage de la consommation d'alcool en milieu de travail, à l'instar du dépistage

de l'usage de drogues illicites (Avis n° 114 du 5 mai 2011). Jugeant « inadéquate parce que ambiguë » l'actuelle appellation de « poste à risque », le CCNE recommande aux entreprises (voire aux branches) de définir un ensemble de postes et fonctions de sûreté et sécurité pour lesquels le dépistage peut être réalisé par l'employeur.

Restriction croissante du commerce de l'alcool

La production et la vente de boissons alcoolisées sont réglementées par le Code de la santé publique (qui intègre en 2000 le Code des débits de boissons et de la lutte contre l'alcoolisme, créé en 1954). Elles sont interdites pour les apéritifs à base de vin de plus de 18° d'alcool, spiritueux anisés de plus de 45°, bitters et autres boissons de plus de 30°. La vente et la consommation d'alcool dans les débits de boissons (cafés, brasseries, restaurants, buvettes, etc.) sont soumises à autorisation (loi du 24 septembre 1941). Seuls les établissements détenteurs de la licence IV sont autorisés, dans certaines limitations horaires, à mettre en vente les cinq groupes de boissons existants (du premier groupe, qui comprend les boissons sans alcool ou titrées à moins de 1,2° d'alcool, au cinquième, couvrant les boissons les plus fortement alcoolisées autorisées – whisky, vodka, etc. – et les prémix).

Dans le cadre des lois de financement de la Sécurité sociale, une cotisation sociale est instaurée en 2009 pour les boissons alcooliques titrant plus de 25° d'alcool, puis étendue en 2011 aux boissons titrant plus de 18° (loi du 21 décembre 2011). Le levier fiscal permet de renchérir les niveaux de prix (inférieurs de 10 % à la moyenne de l'Union européenne), dans le cadre de la lutte contre la consommation excessive d'alcool, notamment chez les jeunes.

L'exploitation d'un débit de boissons est interdite sur le périmètre des zones protégées (établissements scolaires, espaces culturels ou sportifs, lieux de culte, hôpitaux, etc.), sous peine de sanctions pénales. Longtemps, la législation sur le commerce des boissons alcoolisées a évolué dans un sens libéral, sous le poids des intérêts économiques. Mais, en 2009, la loi HPST est venue renforcer l'encadrement de l'offre d'alcool. Il est désormais interdit de vendre au forfait ou d'offrir gratuitement à volonté des boissons alcooliques dans un but commercial (sauf lors de fêtes traditionnelles ou de dégustations autorisées). L'interdiction vise spécialement la pratique communément appelée « open bars ». Lors des happy hours (heures pendant lesquelles les boissons, en particulier alcoolisées, sont proposées à des tarifs plus avantageux que d'ordinaire), il devient obligatoire de proposer également des boissons sans alcool à prix réduit. La vente

d'alcool est aussi restreinte dans les stations-services : auparavant permise entre 6 heures et 22 heures, elle ne l'est plus qu'entre 8 heures et 18 heures. Vendre des boissons alcooliques réfrigérées, destinées à une consommation immédiate, est désormais strictement interdit dans les points de vente de carburant.

La loi HPST impose une formation sur les droits et obligations attachés à la vente à emporter de boissons alcooliques entre 22 heures et 8 heures à toute personne qui veut vendre des boissons alcooliques à emporter, y compris celles déclarant l'ouverture, la mutation, la translation ou le transfert d'un débit de boissons distribuant des boissons alcooliques. Elle renforce également les pouvoirs des agents de contrôle et les compétences des mairies pour interdire la vente d'alcool à emporter de nuit (de 20 heures à 8 heures). Tous les débits de boissons susceptibles de fermer entre 2 heures et 7 heures doivent tenir à la disposition du public des dispositifs chimiques ou électroniques certifiés permettant le dépistage de l'imprégnation alcoolique (arrêté du 24 août 2011).

Le non-respect de l'interdiction de vendre ou d'offrir à titre gratuit (à volonté ou non) des boissons alcooliques est puni de 7 500 euros d'amende. En cas de récidive, le délit est puni d'une sanction d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 15 000 euros. Le non-respect de l'obligation de formation est puni d'une amende de 3 750 euros et les infractions à l'interdiction fixée par les arrêtés municipaux donnent lieu à une contravention de 4e classe.

Publicité avec modération

La réglementation sur la publicité en faveur des boissons alcoolisées est marquée par les avancées et les reculs successifs des préoccupations de santé publique face aux revendications économiques. Après avoir été condamnée en 1980 par la Cour de justice des Communautés européennes pour ses pratiques législatives discriminatoires (autorisant la publicité en faveur du rhum mais interdisant celle pour le whisky), la France a connu une période de non-droit pendant laquelle le seul interdit concernait la publicité télévisée. La loi du 30 juillet 1987 est venue donner un cadre réglementaire en autorisant la publicité en faveur des boissons alcoolisées, sauf à la télévision et dans les lieux sportifs. Toutefois, le régime juridique issu de cette loi a été assoupli par une circulaire d'application (16 octobre 1987). La loi du 10 janvier 1991, dite loi « Évin », a opéré une redéfinition complète en interdisant la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur des boissons alcoolisées supérieures à

1,2°. Depuis, divers amendements ont assoupli le cadre établi par cette loi emblématique.

La propagande ou la publicité en faveur des boissons alcooliques autorisées sont interdites sur les supports qui s'imposent à tous, notamment aux mineurs, tels que la télévision et le cinéma (art. L. 3323-2 du CSP). Cette restriction est rappelée le 17 juin 2008 dans le cadre d'une délibération du Conseil supérieur de l'audiovisuel. Propagande et publicité sont en revanche autorisées dans la presse écrite pour adultes, par voie d'affichage ou de publipostage, à la radio (pour certaines catégories et des tranches horaires déterminées par décret en Conseil d'État) et dans les manifestations telles que les foires agricoles. Cependant, en 2009, la loi HPST statue en faveur de la publicité en ligne pour les boissons alcoolisées, sauf sur des « sites destinés à la jeunesse », sans expliciter cependant la définition de tels sites. Les messages ne doivent pas avoir de caractère laudatif ni incitatif à la consommation.

La publicité est limitée dans sa forme : les documents promotionnels ne peuvent mentionner que le nom du produit, sa présentation, ses conditions de vente, son mode de consommation et la zone de production. Néanmoins, en 2005, le législateur assouplit les règles encadrant la publicité collective pour le vin, en autorisant la référence aux caractéristiques olfactives et gustatives des produits (loi du 23 février 2005).

Les messages publicitaires doivent mentionner obligatoirement que « l'abus d'alcool est dangereux pour la santé » (art. L. 3323-4 du CSP), en exhortant le public à le « consommer avec modération ». Depuis octobre 2007, en vertu de l'arrêté du 2 octobre 2006, toutes les unités de conditionnement des boissons alcoolisées commercialisées en France, y compris celles importées, comportent un pictogramme ou un message sanitaire préconisant l'absence totale de consommation d'alcool par les femmes enceintes. Les deux formes sont régies par des critères de lisibilité, visibilité et intelligibilité.

La violation de ces interdictions est passible d'une peine de 75 000 euros d'amende et de l'équivalent de 50 % du montant des dépenses consacrées à l'opération illégale ; la cessation de la publicité peut être ordonnée. Les associations de lutte contre l'alcoolisme peuvent se constituer partie civile : elles jouent un rôle essentiel dans l'application de cette loi, car, malgré les infractions qui peuvent être constatées, les autorités publiques sont rarement à l'origine des poursuites.

ALCOOL, SOINS ET PRÉVENTION

La personne souffrant d'une dépendance à l'alcool est reconnue comme un malade et les soins que nécessite son état sont pris en charge par la Sécurité sociale au même titre que toute autre pathologie.

L'alcoolisme de l'auteur d'une infraction peut être pris en considération pour imposer une obligation de soins.

La prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) fait l'objet de dispositions particulières. Les campagnes d'information sur les conséquences de l'absorption d'alcool doivent aborder la question du SAF et inciter les femmes enceintes à ne pas boire d'alcool (loi du 9 août 2004 ; art. L. 3311-3 du CSP). Dans les collèges et les lycées, les élèves doivent bénéficier d'au moins une séance annuelle sur les risques sur le développement du fœtus de la consommation d'alcool pendant la grossesse.

Repères méthodologiques
Base législative OFDT-MILDT.
Pour toutes les références législatives, se référer à l'annexe correspondante.

8.2
Cadre légal en matière de tabac

Carine Mutatayi

Du fait de l'implication passée de l'État français en tant que fabricant et distributeur des produits du tabac et en raison des intérêts économiques en jeu, le législateur ne s'est emparé des préoccupations de santé publique générées par ce produit qu'à partir des années 1970.

À la suite d'une recommandation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1974, invitant les États à prendre des mesures législatives pour restreindre ou interdire la promotion du tabac, la première loi française relative à la lutte contre le tabagisme, dite loi « Veil », est votée le 9 juillet 1976. Elle réglemente la publicité des produits du tabac et instaure l'apposition d'un message sanitaire sur les emballages et le principe d'un usage restreint dans certains lieux publics. Mais cette loi est rapidement détournée par les fabricants, grâce à des stratégies promotionnelles indirectes. Quinze ans plus tard, la loi du 10 janvier 1991 sur la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi « Évin », complétée par le décret du 29 mai 1992, consolide les objectifs de santé publique promus par la loi de 1976. Elle interdit notamment de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif – sauf où cela est explicitement autorisé –, elle règlemente la composition des produits du tabac et encadre leur publicité et leur fiscalité. Depuis, et plus particulièrement lors de la dernière décennie, le régime restrictif du commerce et de l'usage des produits du tabac s'est renforcé, notamment à l'égard des jeunes. Seul le domaine de la publicité a connu plusieurs assouplissements, à l'instar de ceux adoptés pour les boissons alcoolisées. Dans ce cadre, les associations de lutte contre le tabagisme sont très actives dans la poursuite des infractions en se constituant partie civile.

Interdiction de fumer généralisée dans les lieux publics

En 1991, la loi Évin ordonne une interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif mais prévoit l'aménagement d'espaces spécifiques où cette pratique est autorisée, sous réserve d'une indication explicite et de certaines conditions d'aération.

Aujourd'hui, l'interdiction de fumer s'applique à tous les lieux fermés et couverts accueillant du public : les lieux de travail, établissements scolaires, établissements de santé, transports en commun mais aussi les lieux de « convivialité », tels que les débits de boissons à consommer sur place permanents, les débits de tabac, les hôtels, restaurants, discothèques, casinos, etc. (décret dit « Bertrand » du 15 novembre 2006). L'interdit est étendu à toute l'enceinte des écoles, collèges et lycées (publics et privés), ainsi que des établissements destinés à l'accueil de mineurs, y compris dans les endroits ouverts tels que les cours. Des emplacements réservés aux fumeurs peuvent être installés dans ces espaces publics, à l'exception des lieux accueillant des mineurs et des établissements de santé.

Les infractions donnent lieu à des contraventions de 4e classe pour les exploitants (de 135 euros d'amende forfaitaire à 750 euros d'amende pénale) et de 3e classe pour les fumeurs (de 68 à 450 euros) (art. R. 3512-1 et R. 3512-2 du Code de la santé publique [CSP]).

Mesures de protection élargies à l'ensemble des mineurs

En 2003, la France rejoint un petit nombre de pays de l'Union européenne (Autriche, Espagne, Irlande, Royaume-Uni) en interdisant la vente de tabac et de ses ingrédients aux mineurs de moins de 16 ans (loi du 31 juillet 2003 ; décret du 6 septembre 2004).

En 2010, la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit des produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler, tabac à narguilé, cigares, etc.) ou de leurs ingrédients (papier, filtres, etc.) sont prohibées à l'égard de tout mineur (loi du 21 juillet 2009, dite « HPST », décret du 25 mai 2010, art. 3511-2-1 du CSP). Le vendeur peut exiger de l'acheteur qu'il établisse la preuve de sa majorité par la présentation d'un document officiel muni d'une photographie. Une affiche rappelant la réglementation doit être placée à la vue du public dans les débits et autres lieux de revente de tabac (arrêté du 27 janvier 2010).

Tout manquement est passible des amendes prévues pour les contraventions de 4e classe (pouvant atteindre 750 euros), sauf si le contrevenant établit la preuve qu'il a été induit en erreur sur l'âge du mineur (art. R. 3512-1 du CSP).

Restrictions croissantes des règles de manufacture et de commerce

Le conditionnement et la composition des produits du tabac sont régulés, notamment les formes jugées les plus attrayantes pour les jeunes. Ainsi, la teneur maximale en goudron, fixée à 15 mg en 1991 par la loi Évin, n'a depuis cessé de diminuer : elle est aujourd'hui de 10 mg par cigarette. Elle est établie par arrêté du ministre de la Santé.

La vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de paquets de moins de 19 cigarettes – plus aisément cessibles aux jeunes – sont interdites depuis 2003 (loi du 31 juillet 2003). En 2009, l'interdit s'étend aux cigarettes aromatisées, dont la teneur en ingrédients sucrés ou acidulés excède les seuils fixés par décret (loi du 21 juillet 2009, dite « HPST »).

Le débitant de tabac est un préposé de l'État, qui l'autorise à vendre du tabac au détail. En France, les produits de tabac ne peuvent normalement être achetés qu'auprès de ce réseau des buralistes ou des revendeurs autorisés.

Achats transfrontaliers limités et achats à distance interdits

Les prix de vente des produits du tabac sont variables selon les pays, ce qui peut inciter à en acheter à l'étranger, pratique qui, en fonction des quantités en jeu et de sa vocation commerciale ou non, relève du simple « tourisme fiscal » ou du trafic. Aussi, les achats réalisés en dehors des débits de tabac et revendeurs autorisés en France sont strictement régulés. Un particulier peut acheter des produits du tabac dans un État membre de l'Union européenne (UE) et les rapporter en France, sans formalité douanière, s'ils sont destinés à l'usage personnel du voyageur et transportés par ses soins. Depuis mars 2013, les limites strictes en vigueur depuis 2006 ont été abolies car jugées non conformes au droit communautaire européen. Une instruction aux services douaniers prévoit néanmoins que toute personne important plus de 2 kg de tabac (soit plus de 10 cartouches de cigarettes) doit prouver qu'il s'agit de consommation personnelle. Dans le cas contraire le contrevenant encourt les sanctions prévues en matière de contrebande (voir ci-dessous). Les quantités cessibles dans les pays extracommunautaires et qui peuvent être importées en France sont davantage limitées : il s'agit, par exemple, d'une cartouche et demi de cigarettes par personne de plus de 17 ans.

Aux termes de la loi de finances rectificative pour 2009, la commercialisation à distance des tabacs manufacturés est interdite en France métropolitaine et d'outre-mer (art. 568 ter du CGI). L'achat de tabac par Internet ou autre réseau télématique (téléphone, fax, etc.)

est donc interdit quel que soit le lieu d'implantation du vendeur. En permettant à l'acheteur d'échapper à la fiscalité française, il constitue un délit de contrebande (si les produits ne passent pas par un bureau de douanes) ou d'importation sans déclaration (aux services des douanes) de « marchandises fortement taxées ».

La contrebande ou l'importation sans déclaration de « marchandises fortement taxées », quel que soit le moyen employé (achats à l'étranger, Internet, etc.), sont passibles de la confiscation du produit, des objets servant à masquer la fraude, des moyens de transport mais aussi des biens et avoirs qui sont le produit direct ou indirect de l'infraction. Elles sont punissables également d'une amende douanière d'une à deux fois la valeur de l'objet de fraude et d'une peine de 3 ans de prison (art. 414 du Code des douanes).

Levier fiscal et règles d'étiquetage au service de la prévention

La loi Évin a exclu le tabac de la liste des produits de consommation pris en compte dans le calcul de l'indice des prix, ce qui a permis une augmentation régulière de son coût, susceptible de freiner la consommation. Le prix de détail des produits du tabac est unique pour l'ensemble du territoire (hors Corse et DOM-COM, soumis à des régimes de taxation et de vente différents) et est applicable après avoir été homologué par décret. Il est établi par les fabricants et les fournisseurs agréés, au-dessus du prix minimal fixé par l'État et qui ne peut être inférieur à la somme du prix de revient et de l'ensemble des taxes (TVA à 19,6 % et droits de consommation). Les recettes du droit de consommation sont reversées à différents attributaires de protection sociale, près de 65 % revenant au régime général de Sécurité sociale (art. 16 de la loi de financement pour la Sécurité sociale du 21 décembre 2011).

Outre l'interdiction de vente des paquets de moins de 19 cigarettes et des cigarettes aromatisées (voir ci-dessus), d'autres règles de conditionnement à visée préventive sont imposées. L'avertissement sanitaire « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage » et la composition et la teneur moyenne en goudron, nicotine et monoxyde de carbone figurent obligatoirement sur les emballages et les paquets des produits du tabac (art. L. 3511-6 du CSP). Toutes les unités de conditionnement des produits du tabac doivent également comporter un message sanitaire sous forme d'une photographie couleur commentée, sur 40 % du verso, ainsi que le numéro court de la ligne Tabac Info Service (arrêté du 15 avril 2010). L'emballage des produits du tabac ne doit pas comporter de textes ou de signes figuratifs indiquant une nocivité moindre par rapport à d'autres produits du tabac.

TABAC ET PUBLICITÉ

La publicité, comme le parrainage en faveur du tabac, et la distribution gratuite ou à un prix promotionnel sont prohibées, sauf pour les enseignes des débits de tabac et les publications professionnelles ou exclusivement à disposition d'un public extracommunautaire (hors UE). La publicité indirecte par le biais d'un produit rappelant par son aspect le tabac ou un de ses ingrédients est également proscrite (art. L3511-4 du CSP).

La loi du 27 janvier 1993 autorise la retransmission par les chaînes de télévision françaises des compétitions de sports mécaniques qui se déroulent dans des pays où la publicité pour le tabac est légale.

Les infractions relatives à la publicité ou la propagande sont punies d'une amende de 100 000 euros, qui peut être portée à 50 % du montant des dépenses consacrées à l'opération illégale (art. L3512-2 du CSP). Le Plan cancer 2009-2013 [163] vise à mettre fin, par voie législative, à la publicité en faveur du tabac sur les lieux de vente et lors des retransmissions télévisées de sports mécaniques.

PRISE EN CHARGE ET AUTRES RÉPONSES PUBLIQUES

Les produits de sevrage tabagique font l'objet d'une autorisation de mise sur le marché ou AMM (art. L. 5121-8 du CSP). Afin d'accompagner l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, les substituts nicotiniques sont désormais inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Ils ouvrent droit à un remboursement forfaitaire par l'Assurance maladie, sur prescription médicale établie par un médecin ou une sage-femme, à hauteur de 50 euros par bénéficiaire et par année civile et de 150 euros pour les femmes enceintes (circulaire du 29 novembre 2006). En mars 2013, aucune cigarette électronique ne dispose d'une AMM en France. De ce fait, aucune ne donne lieu à un remboursement par l'Assurance maladie (voir encadré dans chapitre 9.10).

En 2003, dans le cadre de la mission d'éducation pour la santé de l'Éducation nationale, la sensibilisation au risque tabagique devient obligatoire dans les classes de l'enseignement primaire et secondaire (loi du 31 juillet 2003, art. L. 3511-9 du CSP).

Le Plan cancer 2009-2013 vise à réduire l'attractivité des produits du tabac et à assurer l'effectivité des mesures de protection des mineurs face au tabac posées par la loi HPST.

MOBILISATION DES INSTANCES INTERNATIONALES

L'action de l'Union européenne en faveur de la lutte mondiale contre le tabagisme repose sur deux textes

législatifs : la directive 2001/37 du 5 juin 2001 sur les produits du tabac, régissant leur composition, et la directive 2003/33 du 26 mai 2003 sur la publicité en faveur des produits du tabac. La législation française s'aligne sur ces dispositions européennes.

En 2003, l'UE et ses États membres (hormis la République tchèque et l'Italie) signent la convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS du 21 mai 2003. Ce texte, premier traité international en matière de santé, fournit un cadre pour des mesures de lutte antitabac de plus en plus strictes. En juillet 2008, l'organe intergouvernemental de négociation, institué par les signataires du traité (la Conférence des parties), se lance dans l'élaboration d'un protocole de lutte contre le commerce illicite des produits du tabac. Le 12 novembre 2012, le protocole est adopté à la 5e session de la Conférence des parties. Il fixe les règles de la lutte contre le commerce illicite par le biais du contrôle de la chaîne logistique dans le cadre de la coopération internationale. Le protocole, ouvert à la signature depuis le 10 janvier 2013, engage les pays signataires à instaurer, comme mesure centrale, un système mondial de suivi et de traçabilité pour réduire le commerce illicite des produits du tabac.

Repères méthodologiques
Base législative OFDT-MILDT.
Pour toutes les références législatives, se référer à l'annexe correspondante.

8.3
Cadre légal en matière de drogues illicites

Ivana Obradovic

Le cadre de la politique française de lutte contre les drogues illicites est fixé par la loi du 31 décembre 1970, intégrée dans le Code pénal et le Code de la santé publique (CSP). Celle-ci réprime l'usage et le trafic de toute substance ou plante classée comme stupéfiant. Contrairement à d'autres pays de l'Union européenne qui distinguent plusieurs classes de stupéfiants auxquelles correspondent des peines spécifiques (Royaume-Uni, République tchèque, Pays-Bas, Espagne, Belgique, etc.), le régime d'incrimination français est identique pour l'ensemble des produits.

La liste des produits stupéfiants visés par la loi est établie par arrêté du ministre de la Santé, sur proposition du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), ex-Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), conformément à la réglementation internationale.

Détention et usage : cadre législatif stable, mise en œuvre mouvante

Aux termes de l'article L. 3421-1 du CSP (ex-art. L.628), l'usage de produits classés comme stupéfiants est un délit passible d'une peine maximale de un an d'emprisonnement et d'une amende de 3 750 euros. Depuis la loi du 5 mars 2007, l'usager de stupéfiants peut également se voir astreint à effectuer un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants (voir encadré), en particulier lorsque son usage est occasionnel et qu'il n'est pas jugé dépendant. Pour les usagers dépendants, la loi prévoit une procédure spécifique, l'injonction thérapeutique (art. L. 3411-1 du CSP), qui permet au procureur de suspendre les poursuites à l'encontre d'un usager de stupéfiants si celui-ci accepte de se faire soigner. La circulaire d'application du ministère de la Justice du 16 février 2012 invite les autorités judiciaires à envisager systémati-

quement l'injonction thérapeutique lorsque les circonstances font apparaître une toxicodépendance et un besoin de soins chez le mis en cause.

Comme le transport, l'offre, la cession, l'acquisition, l'emploi de stupéfiants et le fait de faciliter l'usage illicite de stupéfiants, la détention de stupéfiants est punie de dix ans d'emprisonnement et de 7 500 000 euros d'amende (article 222-37 du Code pénal). En pratique, les tribunaux tiennent compte de la quantité détenue et des circonstances de détention d'un produit illicite.

Le cadre législatif qui réprime la détention et l'usage (public ou privé) de stupéfiants n'a pas été modifié depuis 1970. La perspective d'une réforme, envisagée au

Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants

Inspiré des stages de sensibilisation à la sécurité routière, le stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants constitue une sanction pécuniaire (à la charge du contrevenant), qui se veut aussi pédagogique. Elle vise en effet à faire prendre conscience à l'usager des dommages sanitaires et sociaux induits par sa consommation. Ce stage s'adresse tout particulièrement aux usagers occasionnels de stupéfiants, non dépendants et socialement insérés. Il peut aussi être proposé à toute personne faisant l'objet d'une interpellation pour une autre infraction mais dont l'audition révèle un usage occasionnel de produits stupéfiants. Prévu par les articles L. 131-35-1, R. 131-46 et R. 131-47 du Code pénal, en application du décret du 26 septembre 2007, le stage de sensibilisation a été conçu pour offrir aux procureurs de la République une alternative au rappel à la loi, jugé insuffisamment dissuasif. Comme le rappelle la circulaire du ministère de la Justice du 16 février 2012, cette sanction doit conduire à systématiser la réponse pénale à l'usage, en particulier lors de la première infraction.

Le stage peut être proposé par le procureur au titre d'une mesure alternative aux poursuites ou d'une composition pénale. L'obligation d'accomplir le stage peut aussi être prononcée dans le cadre de l'ordonnance pénale et comme peine correctionnelle. Le stage est applicable à tous les majeurs et aux mineurs de plus de 13 ans.

Les frais du stage, à la charge du contrevenant (ou de ses parents, s'il est mineur), ne peuvent excéder le montant de l'amende prévue pour les contraventions de 3e classe, soit 450 euros. Dans la pratique, le stage est le plus souvent facturé entre 150 et 250 euros [176]. En cas de non-paiement des frais ou de non présentation au stage, l'usager s'expose à des poursuites judiciaires.

cours de l'année 2003 à propos du cannabis (contraventionnalisation de l'usage simple), a finalement été écartée par le gouvernement en juillet 2004. Depuis cette date, l'évolution du statut pénal du cannabis a été évoquée à maintes reprises, en particulier lors des campagnes présidentielles et législatives. À cadre législatif constant, les orientations de la politique pénale de lutte contre la toxicomanie ont cependant été redéfinies par une série de circulaires des gardes des Sceaux depuis le début des années 1970, mettant davantage l'accent, selon les périodes, sur le soin ou la répression. Depuis la « circulaire Pelletier » du 17 mai 1978 qui, pour la première fois, recommandait aux parquets d'éviter les poursuites judiciaires à l'encontre des usagers simples de cannabis, jusqu'à la « circulaire Guigou » du 17 juin 1999 qui appelait les procureurs de la République à diversifier et à individualiser les réponses judiciaires à l'usage, en considérant l'incarcération comme un ultime recours, puis les circulaires plus récentes du 9 mai 2008 et du 16 février 2012, favorables à une systématisation de la réponse pénale à l'usage de stupéfiants, les instructions ministérielles précisant les conditions d'application de la loi de 1970 définissent des priorités qui varient assez fortement. Elles présentent toutefois un trait commun qui consiste à donner un rôle central au parquet dans le traitement du contentieux des stupéfiants.

Usage de stupéfiants et sécurité routière

La répression de l'usage de stupéfiants est renforcée dans le cadre de la conduite routière. Depuis la loi du 3 février 2003 et son décret d'application du 31 mars 2003, la conduite routière après usage de stupéfiants constitue un délit passible d'une peine maximale de deux ans d'emprisonnement et de 4 500 euros d'amende, la présence de stupéfiants étant attestée par une analyse sanguine du conducteur. Les sanctions peuvent être portées à trois ans de prison et 9 000 euros d'amende en cas de consommation simultanée d'alcool.

Depuis la loi du 18 juin 1999 et son décret d'application du 27 août 2001, le dépistage de l'usage de stupéfiants est systématique en cas d'accident de la route aux conséquences immédiatement mortelles. À la suite des textes législatifs prévoyant la possibilité d'un contrôle préventif en dehors de toute infraction, dès lors qu'il « existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner que le conducteur a fait usage de stupéfiants » (article L.235-2 du Code de la route introduit par la loi du 12 juin 2003), la loi Loppsi 2 du 14 mars 2011 a encore élargi les possibilités de dépistage de stupéfiants en bord de route. Celui-ci est désormais autorisé non plus seulement en cas d'accident mortel, lorsqu'il existe des raisons plausibles de soupçonner un usage de stupéfiants par le

conducteur impliqué, mais aussi en cas d'accident de la circulation sans dommages ou en cas d'infraction à la vitesse, au port de la ceinture de sécurité ou du casque. Ainsi, même en l'absence d'accident de la circulation, d'infraction ou de raisons plausibles de soupçonner un usage de stupéfiants, un officier ou un agent de police judiciaire peut dorénavant procéder à des dépistages aléatoires de stupéfiants sur réquisition du procureur de la République.

ÉLARGISSEMENT PROGRESSIF DE LA DÉFINITION JURIDIQUE DU TRAFIC

La répression du trafic de stupéfiants et des activités liées au trafic a été renforcée depuis la fin des années 1980, avec la création de nouvelles incriminations et une sévérité accrue des peines prévues pour certaines infractions de trafic qualifiées de crimes.

Le dispositif législatif actuel prévoit :

- des peines spécifiques pour chaque type d'infraction liée au trafic, de l'offre et de la cession en vue d'une consommation personnelle (délit créé par la loi du 17 janvier 1986) jusqu'au blanchiment (défini dans la loi du 31 décembre 1987), susceptible d'être qualifié en infraction criminelle (extension de la notion de blanchiment avec les lois du 23 décembre 1988, du 12 juillet 1990 et du 13 mai 1996). Depuis la loi du 16 décembre 1992, les peines peuvent aller jusqu'à la réclusion criminelle à perpétuité et une amende de 7 500 000 euros pour certains trafics. En criminalisant les infractions commises dans le cadre du trafic organisé, le nouveau Code pénal, entré en vigueur en 1994, rend certaines infractions spécifiques passibles de peines d'au moins 20 ans de réclusion criminelle (production ou fabrication illicites de stupéfiants, blanchiment de l'argent issu du trafic de stupéfiants, par exemple).
- des circonstances aggravantes lorsque les faits sont commis auprès de mineurs ou dans des centres d'enseignement ou d'éducation, ou dans les locaux de l'administration. Par exemple, la provocation de mineurs de moins de 15 ans au trafic de stupéfiants est sanctionnée par une peine de dix ans d'emprisonnement et 300 000 euros d'amende (art. 227-18-1 alinéa 2 du Code pénal).
- des instruments et des procédures parfois dérogatoires au droit commun pour faciliter la poursuite des petits trafiquants (souvent reçus en comparution immédiate, grâce à la loi du 17 janvier 1986 qui permet de juger sans délai les usagers-revendeurs interpellés) aussi bien que des instigateurs de réseaux de criminalité organisée. Les dispositions légales mises en place à la fin des années 1990 permettent, par exemple, de poursuivre les trafiquants sur la base de leurs signes extérieurs de richesse : ne pas pouvoir « justifier

de ressources correspondant à son train de vie lorsqu'on est en relation habituelle avec un usager ou un trafiquant de stupéfiants » est incriminé dans la loi du 13 mai 1996 sur le « proxénétisme de la drogue ».

En outre, en instaurant une possibilité d'exemption de peine pour les « repentis » en matière de trafic, la loi du 9 mars 2004 innove en matière de procédure pénale. L'auteur d'une infraction liée au trafic peut désormais bénéficier d'une réduction de peine si, ayant averti les autorités administratives ou judiciaires, il permet de faire cesser l'infraction, voire d'identifier d'autres coupables. La loi a étendu à d'autres infractions les spécificités procédurales qui existaient en matière de trafic : une peine de confiscation peut désormais être appliquée en cas de cession et d'offre de stupéfiants.

Réglementation récente des précurseurs chimiques

Par ailleurs, un ensemble de dispositions réglementaires a été mis en place pour contrôler l'achat et la détention de produits chimiques susceptibles d'être utilisés pour la fabrication de stupéfiants (en particulier des drogues de synthèse). La loi du 19 juin 1996 instaure des règles de contrôle de la fabrication et du commerce de ces « précurseurs chimiques » de stupéfiants, complétées par le décret du 5 décembre 1996, qui fixe la liste des précurseurs chimiques soumis à contrôle. Ceux-ci sont classés en trois catégories, déterminant un niveau de contrôle adapté. Pour utiliser des substances de première catégorie, il faut obtenir un agrément auprès de la Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques (MNCPC), créée le 11 mars 1993 au sein de la Direction générale de l'industrie, des technologies de l'information et des postes du ministère de l'Économie, des finances et de l'industrie. Pour utiliser des substances des deuxième et troisième catégories, il faut en revanche déclarer auprès de la MNCPC les locaux où sont effectuées les opérations utilisant ces substances.

Repères méthodologiques
Base législative OFDT-MILDT.
Pour toutes les références législatives, se référer à l'annexe correspondante.

8.4
Cadre légal en matière de médicaments stupéfiants et psychotropes

Carine Mutatayi

En France, nombre de produits pharmaceutiques sont répertoriés par le législateur comme « substances vénéneuses », délivrés exclusivement sur ordonnance médicale. Aux termes de l'article L. 5132-1 du Code de la santé publique (CSP), cette qualification légale inclut les listes I et II des substances destinées à un usage curatif ou préventif, jugées comme dangereuses (I) ou potentiellement dangereuses (II), ainsi que l'inventaire des substances classées comme stupéfiants et celui des substances psychotropes. Ces distinctions reposent sur les classifications ratifiées par l'Organisation des Nations unies dans le cadre de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, la convention de Vienne sur les substances psychotropes de 1971 et la Convention contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 (arrêtés du 22 février 1990). Les substances vénéneuses et leurs précurseurs (chimiques ou biologiques) relèvent donc d'une jurisprudence propre à prévenir les détournements, de leur production à leur utilisation. Selon leur classification, elles obéissent à des règles de prescription et de délivrance strictes – fixées par le Code de la santé publique, le Code de la Sécurité sociale et les Codes de déontologie des médecins et pharmaciens – et tombent sous un régime pénal différent en cas d'infraction aux dispositions légales d'offre et d'usage.

Les médicaments psychotropes sont prescrits pour atténuer ou éliminer une souffrance psychique ou ses symptômes, en agissant sur les mécanismes neurobiologiques du cerveau. Ils recouvrent cinq catégories : les tranquillisants, somnifères, neuroleptiques, antidépresseurs et régulateurs de l'humeur. Ils se répartissent entre les listes I et II des substances vénéneuses et celle des substances assimilées aux stupéfiants.

À titre illustratif, la méthadone et la buprénorphine, toutes deux indiquées pour le traitement substitutif de la dépendance aux opiacés, relèvent d'un régime juridique différent. La liste des médicaments stupéfiants comprend notamment les analgésiques morphiniques majeurs (par exemple, Skenan®, Moscontin®), la Ritaline® et la méthadone. La liste I inclut, entre autres, des analgésiques mineurs (Dicodin®), des anxiolytiques (comme le Valium® et le Tranxène®) et la buprénorphine haut dosage ou BHD (Subutex® et ses génériques). Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (pour exemple : Ibuprofène®, Apranax®) sont classés dans la liste II.

La prise de médicaments psychotropes relève dans la grande majorité des cas de pratiques thérapeutiques. Un certain nombre présente des risques d'accoutumance ou de dépendance psychique, comme les tranquillisants et somnifères de la famille des benzodiazépines (parmi les plus prescrits). Leur usage peut entraîner des troubles importants, notamment s'ils sont associés à l'alcool. Les médicaments stupéfiants, tranquillisants, somnifères, peuvent donner lieu à des abus ou à un usage détourné, guidés sciemment ou non par la recherche de sensations de bien-être. Ils peuvent être employés à des fins criminelles, administrés alors à l'insu de la victime.

Il existe également un marché noir de la méthadone ou de la BHD.

Une pharmacovigilance accentuée

Le régime de droit commun des produits pharmaceutiques impose que les médicaments stupéfiants et les médicaments psychotropes disposent d'une autorisation de mise sur le marché (AMM), délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou ANSM (art. L. 5121-8 du CSP). Une fois l'AMM obtenue, le produit est soumis au système national de pharmacovigilance.

Parallèlement à la pharmacovigilance classique, les produits potentiellement addictogènes sont soumis à un système de surveillance des cas d'abus, de dépendance et d'usage détourné. Cette addictovigilance repose sur le réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP), animé par l'ANSM. Les médicaments psychotropes sont aussi soumis à un programme de gestion des risques (PGR), soit au dépôt du dossier d'AMM pour toute substance active nouvelle ou bio-similaire, soit pour la commercialisation d'un médicament générique si des problèmes de sécurité ont été signalés avec le princeps, soit pour une demande d'extension d'AMM avec changement significatif. Le PGR encadre l'évaluation du rapport bénéfice/risques, avant l'AMM et après dans les conditions réelles d'utilisation, et identifie les mesures de minimisation du risque.

La surveillance et l'évaluation de la sécurité d'emploi, de l'efficacité et de la qualité des substances vénéneuses sont confiées à l'ANSM. Mise en place le 1er mai 2012, l'ANSM a conservé les missions de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et a vu certaines de ses attributions renforcées pour concilier sécurité des patients et accès aux progrès thérapeutiques. L'agence fournit, dans le champ des substances vénéneuses, un avis sur leur liste, celle-ci étant mise à jour par arrêté du ministère de la Santé.

Une manufacture et un commerce contrôlés

L'emploi, la cession ou la détention de précurseurs chimiques susceptibles d'être utilisés pour la synthèse de stupéfiants ou de substances psychotropes sont contrôlés par la Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques (MNCPC), rattachée au ministère chargé de l'Industrie (loi du 19 juin 1996). Ils exigent, selon la catégorie de produits, soit un agrément de la MNCPC, soit la déclaration auprès de cette autorité des locaux où ont lieu les manipulations. L'entreposage se fait dans des armoires sécurisées, les quantités stockées étant limitées et l'état des stocks devant être disponible à tout moment.

Les échanges intracommunautaires et extracommunautaires de ce type de précurseurs chimiques sont strictement réglementés (règlements (CE) n° 1277/2005 du 27 juillet 2005 et (UE) n° 225/2011 du 7 mars 2011).

Les conditions de production, transport, importation et exportation, détention, offre et cession, de plantes, substances ou préparations classées comme vénéneuses sont définies par décret en Conseil d'État (art. L. 5132-8 du CSP). Tout établissement fabriquant, transformant ou exerçant le commerce intérieur ou international de stupéfiants, de psychotropes ou de leurs préparations est tenu d'adresser à l'ANSM une déclaration annuelle d'utilisation de ces substances, faisant état, notamment, des quantités de produits élaborés (arrêté du 22 février 1990 modifié).

Une prescription et une délivrance codifiées

La prescription de médicaments est réservée aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et vétérinaires, dans l'exercice strict de leur art. Depuis 1999, les médicaments stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants sont prescrits sur des ordonnances sécurisées, préimprimées en bleu et identifiées par un numéro de lot (art. R. 5194 du CSP).

Certaines benzodiazépines sont également délivrées sur ordon-

nance sécurisée, comme le Rivotril® (antiépileptique) depuis septembre 2011 ou, plus anciennement, le Rohypnol® (somnifère) ou le Tranxène® (anxiolytique). L'ANSM envisage d'étendre le contrôle par ordonnance sécurisée à l'ensemble des benzodiazépines, afin de limiter leur mésusage. En mars 2013, l'ANSM n'a pas publié ses conclusions sur ce point.

L'arrêté du 1er avril 2008 encadre de façon plus stricte la prescription et la délivrance de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un mésusage. Depuis, l'Assurance maladie prend en charge, sous deux conditions, les traitements de substitution aux opiacés à base de buprénorphine haut dosage ou de méthadone, ainsi que les spécialités contenant du flunitrazépam (Rohypnol®) ou du méthylphénidate (Ritaline®). Elle exige (art. L. 162-4-2 du Code de Sécurité sociale) :

- la délivrance de la prescription par le pharmacien dont le nom, expressément indiqué par le patient au prescripteur, est obligatoirement inscrit par ce dernier sur l'ordonnance ;
- l'établissement d'un protocole de soins entre le médecin traitant, le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie et le patient.

La distribution des produits pharmaceutiques relève du monopole des pharmaciens. Sa publicité est sujette à autorisation et est réglementée (art. L. 5122-6 du CSP). Au sein des officines et des pharmacies hospitalières, les substances ou préparations et les plantes ou parties de plantes classées comme stupéfiants sont détenues dans un endroit sécurisé inaccessible aux personnes étrangères à l'établissement (art. R. 5132-20 du CSP).

Toute vente d'hypnotiques, d'anxiolytiques ou de médicaments stupéfiants ou assimilés doit être enregistrée, sans modification possible après validation des données. Les informations, classées par patient (nom et adresse), par médicament et par date, sont archivées pendant dix ans et tenues à disposition des autorités de contrôle pendant la durée de leur conservation. Si le porteur de l'ordonnance est inconnu du pharmacien ou s'il n'est pas le malade, son identité est enregistrée au vu d'une pièce officielle.

Détention non justifiée pénalement sanctionnée

La réponse pénale à l'usage, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou le transport illicites – c'est-à-dire non conformes aux prescriptions médicales – de médicaments stupéfiants ou assimilés, est identique à celle appliquée pour tout autre stupéfiant (voir chapitre 8.3). Ainsi, le délit d'usage est passible d'une peine maximale de un an d'emprisonnement, d'une amende de 3 750 euros, voire d'un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants,

à titre de peine complémentaire (art. L. 3421-1 du CSP). En revanche, l'usage abusif ou détourné des médicaments psychotropes classés sur la liste I des substances vénéneuses (cas de la buprénorphine) n'est pas sanctionné pénalement.

Le transport personnel de médicaments stupéfiants ou assimilés détenus dans le cadre d'un traitement médical est soumis à différentes règles, selon la destination du patient et la durée de son séjour. Pour un déplacement dans l'espace Schengen, la personne doit être en mesure de présenter la prescription médicale originale et une autorisation de transport fournie par l'Agence régionale de santé (ARS) du département où le médecin prescripteur est enregistré.

Le transport, la détention, l'offre, la cession ou l'acquisition illicites de substances vénéneuses sont passibles de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende, les peines étant portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsque les faits ont été commis en bande organisée. Pour les médicaments stupéfiants ou assimilés, le contrevenant encourt dix ans d'emprisonnement et 7 500 000 euros d'amende (art. 222-37 du Code pénal). La détention sans justificatif de stupéfiants est également passible d'une peine maximale de dix ans d'emprisonnement, de la confiscation du produit et des moyens de transport personnels ou objets ayant servi à la fraude, ainsi que d'une amende douanière pouvant aller jusqu'à cinq fois la valeur du produit de fraude (Code des douanes). La responsabilité de fraude est encourue par la seule découverte du produit.

Repères méthodologiques

Base législative OFDT-MILDT.

Pour toutes les références législatives, se référer à l'annexe correspondante.

8.5 Cadre légal des jeux de hasard et d'argent

Carine Mutatayi

Le régime légal de l'exploitation publique des jeux de hasard et d'argent relève formellement d'un système dérogatoire à un principe général de prohibition, en faveur d'un nombre restreint d'opérateurs autorisés par l'État [111]. Cependant, dans la pratique, au fil des décennies, et davantage encore depuis la loi du 12 mai 2010, il s'est commué en une régulation forte de l'offre.

La réglementation des jeux de hasard et d'argent est une préoccupation très ancienne, remontant à l'époque romaine. L'interdit en la matière est instauré dès le Moyen Âge en raison des conséquences néfastes de ces jeux d'argent et réaffirmé sous le premier Empire, par l'article 410 du Code pénal de 1810. Néanmoins, à la fin du XIX[e] siècle, le législateur préfère encadrer l'organisation publique des jeux de hasard et d'argent plutôt que de la réprimer, la pratique massive s'avérant utile au financement de mesures d'intérêt général. Il déroge alors au principe de prohibition par l'octroi de droits exclusifs accordés à quelques sociétés pour l'exploitation des paris hippiques, jeux de casinos, loteries et paris sportifs. La gérance des autorisations afférant aux jeux de hasard et d'argent est confiée, selon le domaine, aux ministères chargés de l'Agriculture, de l'Intérieur ou du Budget. Ce faisant, le législateur instaure le contrôle étatique, qualitatif et quantitatif, de l'offre de jeu, afin de réguler la demande. L'autorisation de jeu relève du pouvoir discrétionnaire de l'État français, jusqu'en 2010, où l'essor des jeux en ligne change quelque peu la donne.

Les courses hippiques

Depuis 1891, l'autorisation des courses hippiques et du pari mutuel relève du ministre chargé de l'Agriculture (loi du 2 juin 1891). Les sociétés de courses de chevaux se voient alors confier le mono-

pole de l'organisation des courses et des paris. En 1930, l'exploitation des paris hippiques en dehors des hippodromes est autorisée (loi de finances du 16 avril 1930), sonnant l'avènement en 1931 du Pari mutuel urbain (PMU). En 1985, le PMU est devenu un groupement d'intérêt économique, exclusivement composé d'une soixantaine de sociétés de courses, dont les deux sociétés mères, France Galop, et, pour les courses de trot, Le Cheval français. Il revient à ces deux sociétés mères de soumettre le code des courses à l'adoption du ministre de l'Agriculture. En revanche, c'est dans son entier que le PMU propose le règlement du pari mutuel à l'adoption des ministres de l'Agriculture, de l'Intérieur et du Budget (art. 39 du décret du 5 mai 1997). Au titre de leurs missions d'intérêt général (amélioration de l'espèce équine et promotion de l'élevage), la loi du 12 mai 2010 instaure une redevance au bénéfice de ces sociétés de courses.

Les casinos

En 1806, les casinos sont autorisés dans les villes d'eaux puis, en 1810, tombent sous l'interdit caractérisé par l'article 410 du Code pénal, sans pour autant disparaître. Après un siècle de flou juridique, la loi du 15 juin 1907 institue un dispositif de régulation reposant sur le ministre de l'Intérieur. Aujourd'hui encore, celui-ci approuve le cahier des charges proposé par les communes de stations touristiques pour tout renouvellement d'autorisation ou ouverture d'un casino (art. L. 320-1 et L. 321-1 à 7 du Code de sécurité intérieure). Il délivre les autorisations, fixe les règles des jeux autorisés par voie règlementaire et agrée les personnels des jeux et les professionnels impliqués dans la fabrication, la commercialisation et la maintenance des matériels (cartes, machines à sous, etc.). L'autorisation délimite l'offre de chaque établissement, tout dépassement requérant l'accord exprès du ministre. Elle est délivrée après avis de la Commission consultative des jeux de cercle et de casino (composée d'élus et de fonctionnaires, voir ci-dessous). Le ministre peut refuser l'autorisation de jeu d'un casino pour des motifs d'opportunité.

Les jeux de loterie

La loi de finances du 31 mai 1933 déroge à l'interdit des jeux de loteries de 1836, en assignant la Loterie nationale au financement de la retraite des « gueules cassées » (survivants de la Première Guerre mondiale affectés par de graves blessures au visage, ou de profondes séquelles psychologiques) et de la caisse de solidarité contre les calamités agricoles. La Société de la Loterie nationale changera plusieurs fois de nom et de statut pour devenir une entreprise publique en 1976. En 1991, elle prend le nom de Française des jeux (FDJ).

Son capital est détenu à 72 % par l'État qui lui confie le monopole des jeux de loteries et de paris sportifs (hors lotos traditionnels). Le décret du 9 novembre 1978 (modifié par le décret du 17 février 2006) laisse à la FDJ une certaine liberté quant à l'organisation et l'exploitation des jeux de tirage ou de grattage. Néanmoins, il confère une grande capacité de contrôle au ministre du Budget, outre celle de l'État, principal actionnaire : aucun nouveau jeu ne voit le jour sans un arrêté du Budget fixant le taux de retour aux gagnants. La Commission consultative des jeux et des paris conseille le ministre sur la politique d'encadrement des jeux relevant de la FDJ.

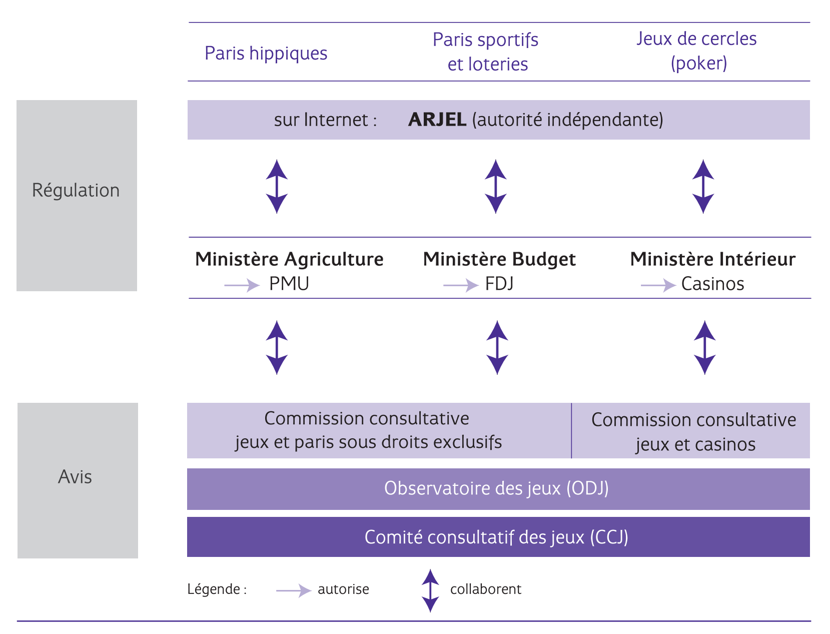
Les jeux de hasard et d'argent en ligne

En 2010, face à l'offre illégale grandissante sur Internet et aux mises en demeure de la Commission européenne, les pouvoirs publics français inaugurent une « ouverture maîtrisée à la concurrence » du marché des jeux de hasard et d'argent en ligne dans trois domaines : les paris sportifs, les paris hippiques et le poker (loi du 12 mai 2010). Le monopole d'État de la FDJ et du PMU prend fin. La loi confie la régulation de ce marché à une autorité administrative indépendante : l'Autorité de régulation des jeux en ligne, ARJEL (sept membres, trois nommés par décret, deux par le président de l'Assemblée nationale et deux par le Sénat). L'ARJEL attribue les agréments aux opérateurs (sans pouvoir discrétionnaire), contrôle leur activité et participe auprès des ministères de l'Intérieur et de la Justice à la lutte contre l'offre illégale. Ainsi, l'État n'a pas de contrôle quantitatif de l'offre dans ce secteur. Les opérateurs agréés sont soumis à une fiscalité, répartie en droit fixe et contributions sociales variables selon le type de jeu. Une partie des recettes est affectée, entre autres, à la lutte contre le jeu excessif ou pathologique et à la protection des mineurs. L'organisation illégale de jeux en ligne est passible d'une peine maximale de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. La publicité pour un site non agréé est sanctionnée. La connexion et les transactions financières avec les opérateurs illégaux peuvent être bloquées.

Le Comité consultatif des jeux (CCJ) est institué auprès du Premier ministre. Il centralise les informations issues des autorités de contrôle (dont l'ARJEL) et des opérateurs de jeux, veille à la cohérence de la régulation de l'ensemble des jeux de hasard et d'argent, émet des avis sur toute question y afférent, y compris l'information du public sur les dangers du jeu excessif, en vertu des objectifs de sécurité et de santé publique posés par la loi de 2010 (décret du 9 mars 2011). Présidé par un membre du Parlement, le CCJ comprend un collège de dix-

neuf membres (parlementaires, représentants ministériels), dont le secrétariat est assuré par les services du Premier ministre, et un observatoire des jeux composé de huit membres et deux commissions consultatives chargées respectivement de la politique d'encadrement des jeux de cercle et de casino et de celle des jeux et paris sous droits exclusifs (exploités par la FDJ ou le PMU). La première commission remet un rapport d'activité annuel au ministre de l'Intérieur, résumant les autorisations de jeux dans les cercles de jeux et les casinos, ainsi que les suspensions ou révocations d'autorisation. La seconde est saisie pour avis par les ministres chargés de l'Agriculture et du Budget à propos des plans d'action mis en œuvre par le PMU afin de prévenir le jeu excessif et de satisfaire aux obligations légales de lutte contre le blanchiment.

Graphique 1 - Autorités de contrôle des jeux de hasard et d'argent



Sources : OFDT, ODJ

Repères méthodologiques

Base législative OFDT-MILDT.

Pour toutes les références législatives, se référer à l'annexe correspondante.

Tendances par produit

9

9.1
Alcool

Christophe Palle

Associé au plaisir de la table, à la richesse et la diversité des terroirs et des paysages de France, l'alcool, consommé sous forme de vins surtout, mais aussi d'alcools forts comme le cognac ou d'autres produits de qualité (bières d'abbaye, liqueurs régionales), apparaît à beaucoup comme un élément constitutif essentiel d'un certain art de vivre à la française. L'autre visage de l'alcool est celui de la défonce collective chez les jeunes, de la dépendance solitaire chez les moins jeunes et des conséquences négatives souvent dramatiques qui les accompagnent. L'alcool restant omniprésent dans la vie quotidienne des Français, chacun est confronté à cette double représentation qui donne à cette substance un caractère singulier qui la différencie des autres produits addictifs.

Diminution de la consommation de vin

Au sein de l'Union européenne, les boissons alcoolisées sont classées en cinq catégories fiscales : le vin, la bière, les boissons fermentées autres que les deux précédentes (cidre, poiré), les produits intermédiaires (vin doux, vin de liqueurs, etc.) et les autres produits, essentiellement les spiritueux. Additionner des litres de vin, de bière et de whisky n'a pas de sens compte tenu de la différence de degré d'alcool pur contenu dans chacune de ces boissons. Il est donc nécessaire, pour apprécier les quantités totales d'alcool consommées par la population française, de convertir les volumes de boissons alcoolisées en quantités équivalentes d'alcool pur.

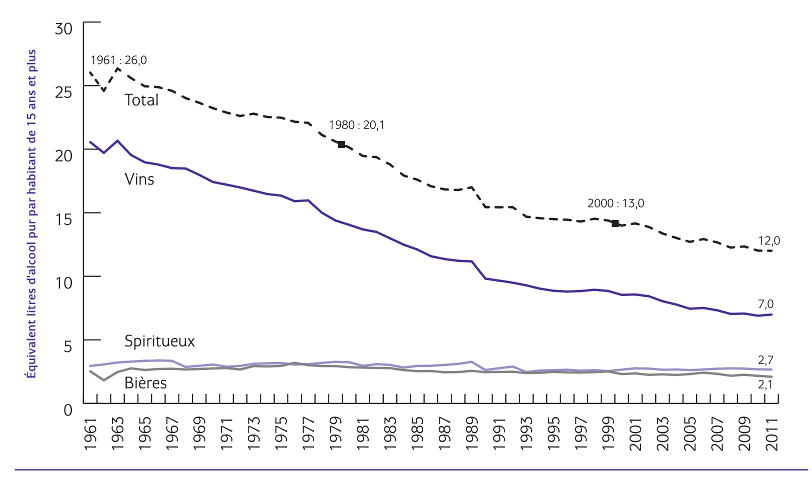
En 2011, la consommation, mesurée à partir des ventes (hors exportation), s'établit à 12 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus. Cette quantité équivaut à une moyenne de 2,6 unités standards (verres d'alcool contenant 10 g d'alcool pur, soit approximativement la quantité d'alcool pur contenu dans n'importe quel verre de boisson alcoolisée

servi dans un débit de boisson) par jour. Sur ce total, un peu plus de 58 % ont été consommés sous forme de vin (y compris vins mousseux), 22 % sous forme de spiritueux, près de 17,5 % sous forme de bière, le reste (2,5 %) en tant que cidre et produits intermédiaires. Depuis le début des années 2000, la part du vin a légèrement régressé (– 3 points), principalement au profit des spiritueux (+ 2,5 points).

Par rapport au début des années 1960, la consommation de boissons alcoolisées (en équivalent alcool pur) a été réduite de plus de moitié , cette diminution étant essentiellement imputable à la baisse de la consommation de vin (graphique 1). Les niveaux de consommation de bières et de spiritueux par habitant de 15 ans et plus étaient un peu plus élevés dans les années 1960 qu'aujourd'hui, mais cette baisse n'intervient que de façon négligeable dans la très importante réduction de la consommation d'alcool des Français durant les cinquante dernières années. Au cours des années 2000, la diminution des quantités d'alcool consommées s'est poursuivie à un rythme moyen de 0,2 litre par an. Les évolutions à la baisse continuent d'être constantes pour le vin et sont plus fluctuantes pour les bières, dont la consommation est cependant clairement en recul depuis 2006.

Les chiffres de vente fournissent un cadrage général mais ne permettent pas de distinguer les différentes catégories de consommateurs et les modes de consommation. Pour mener ce type d'analyse, il est nécessaire d'interroger directement les Français sur leur consommation d'alcool.

Graphique 1 - Consommation d'alcool, de vins, de spiritueux et de bières en équivalent litres d'alcool pur, 1961-2011



Source : Quantités d'alcool mis à la consommation (INSEE)

Les Français dans le peloton de tête, mais dépassés

Au début des années 1960, la France était très largement en tête du classement mondial des pays en termes de consommation d'alcool par habitant. D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) portant sur les quantités d'alcool consommées par habitant âgé de 15 ans et plus, la France se situerait en 2008 dans une position moyenne au sein des pays de l'Union européenne. Elle serait largement dépassée par la plupart des pays d'Europe orientale, notamment la République tchèque, la Roumanie, la Hongrie et la Lituanie, où la consommation atteint plus de 16 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus, mais aussi par l'Irlande et le Portugal. Les écarts entre les pays européens sont aujourd'hui beaucoup moins importants que dans le passé, les modèles de consommation d'alcool s'étant fortement rapprochés. Parmi les pays les moins consommateurs (moins de 10 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans et plus), on trouve l'Islande, la Norvège et la Suède mais également les Pays-Bas et l'Italie [56]. Ce type de classement doit cependant être considéré avec précaution. Il inclut des estimations des quantités commercialisées en dehors des marchés légaux, ce qui donne sans doute une image plus exacte des consommations dans certains pays, mais de telles estimations sont forcément assorties de marges d'incertitudes importantes.

Baisse du nombre de consommateurs quotidiens

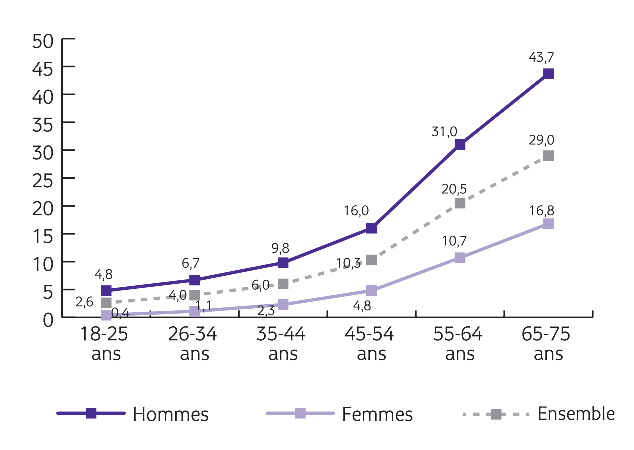
À la fin des années 2000, la France comptait 8,8 millions d'usagers réguliers d'alcool, dont 5 millions de consommateurs quotidiens. Ces derniers représentent en 2010 environ 10 % de la population âgée de 11 à 75 ans [12].

Les comportements d'alcoolisation sont très différenciés selon l'âge et le sexe. Parmi les 18-75 ans, la proportion de consommateurs quotidiens est trois fois plus importante chez les hommes que chez les femmes et augmente fortement avec l'âge pour les deux sexes, indiquant ainsi un phénomène générationnel lié à l'usage traditionnel du vin comme boisson accompagnant les repas (graphique 2).

La consommation régulière et quotidienne d'alcool est en baisse chez les adultes. La proportion de buveurs quotidiens a fortement diminué au cours des années 2000 : chez les hommes de 18-75 ans, elle est passée de 31 % en 2000 à 18 % en 2010 [155, 12]. Chez les femmes, la baisse est même un peu plus forte (de 12 % à 6 %) [12]. En cohérence avec les

données de vente d'alcool, cette diminution est due en particulier à la baisse de la consommation quotidienne de vin.

Graphique 2 - Fréquence de l'usage quotidien d'alcool au cours des douze derniers mois par âge et par sexe, 2010 (en %)

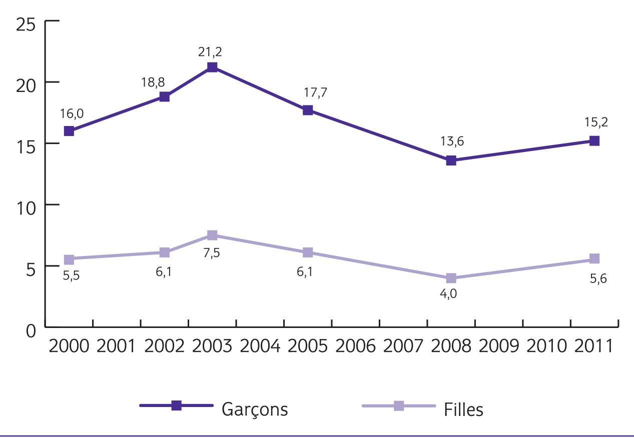


Source : Baromètre santé 2010 (INPES)

Les évolutions sont différentes chez les jeunes : à 17 ans, la consommation régulière d'alcool semble avoir augmenté au début des années 2000, pour ensuite diminuer très sensiblement entre 2003 et 2008, et repartir à la hausse depuis 2008 [222]. À la suite de ces différents mouvements, la part des consommateurs réguliers est pratiquement revenue en 2011 à son niveau de 2000, chez les jeunes filles comme chez les jeunes hommes (graphique 3). Les comportements d'alcoolisation intensive (alcoolisations ponctuelles importantes, API) sont en revanche orientés à la hausse : la proportion de jeunes qui déclarent des ivresses régulières (au moins 10 ivresses dans l'année) est passée de 8,6 % en 2008 à 10,5 % en 2011 ; celle des jeunes qui boivent au moins cinq verres en une même occasion dans le mois est passée de 45,8 % en 2005 à 48,7 % en 2008 et à 53,2 % en 2011.

Parmi les 15-16 ans, l'usage récent d'alcool concerne 67 % des jeunes en 2011, contre 58 % en 2003 et 64 % en 2007 [219]. Cette tendance à la hausse s'observe aussi bien chez les garçons que chez les filles. Cette évolution s'accompagne d'une augmentation importante de la part de ces jeunes ayant connu un épisode d'alcoolisation ponctuelle importante

Graphique 3 - Évolution de l'usage régulier d'alcool, à 17 ans, par sexe, 2000-2011 (en %)



Sources : Enquêtes ESCAPAD (OFDT)

au cours des 30 derniers jours passant de 28 % en 2003 à 43 % en 2007, niveau qui se stabilise ensuite (44 % en 2011). En ce qui concerne les plus jeunes, 5,8 % des collégiens âgés de 11 ans et 13,6 % de ceux âgés de 13 ans déclarent avoir déjà été ivres. Ces proportions sont restées stables entre 2006 et 2010 [71, 221].

Un nombre de consommateurs problématiques difficile à évaluer

La consommation de boissons alcoolisées provoque des dommages sanitaires et sociaux. Ces derniers peuvent être définis comme l'ensemble des maladies et traumatismes provoqués par la consommation d'alcool chez le buveur. Ils incluent également les comportements dangereux liés à l'alcoolisation dont les tiers peuvent être victimes. L'alcoolisation peut également avoir des répercussions négatives sur la vie sociale des consommateurs (relations avec les proches, emploi, délinquance) et des personnes en contact avec eux, diminuant ainsi leur qualité de vie et entraînant des dommages pour la collectivité.

Ces dommages ne surviennent pas de façon automatique et doivent par conséquent être perçus en termes de risques moyens, le risque individuel étant susceptible de varier dans une certaine marge d'un individu à l'autre. Ces risques de dommages augmentent globalement avec les quantités d'alcool consommées, qu'elles soient absorbées tous

les jours ou, par exemple, lors d'une ou deux occasions dans la semaine. Les risques de maladie encourus sont ainsi au moins équivalents que l'on boive 4 verres chaque jour ou 28 verres chaque fin de semaine.

La relation entre la dose et les dommages soulève la question de l'existence d'un seuil d'alcoolisation au-dessous duquel le risque serait inexistant ou négligeable. En France, comme dans la plupart des pays développés, des seuils de ce type ont été, jusqu'à une date récente, adoptés et promus, y compris par les institutions impliquées dans la prévention de l'alcoolisme : 3 verres par jour au maximum pour les hommes, 2 pour les femmes. Ces seuils, dont on ne sait pas très bien qui les a fixés et sur quelles bases, font actuellement l'objet de débat (voir encadré). C'est à partir de cette norme qu'a été définie en France la catégorie de « buveurs à risques chroniques » qui correspond à une consommation hebdomadaire supérieure aux limites fixées mais inférieure à 49 verres par semaine (plus de trois verres et moins de sept par jour) [54]. Dans le Baromètre santé 2010, la part des « buveurs à risques chroniques » parmi les 18-75 ans s'établit à 9 %, les 18-25 ans étant les plus touchés (14 %). La proportion de cette catégorie de consommateurs a augmenté par rapport à 2005 (+ 7,6 %).

Les personnes qui ont une consommation supérieure à 49 verres par semaine, c'est-à-dire qui boivent au moins 7 verres par jour, sont quant à elles classées comme « buveurs à risque de dépendance ». La proportion de buveurs de 18 à 75 ans « à risque de dépendance » est en 2010 de 1,2 % (soit environ 520 000 personnes) contre 0,9 % en 2005. Ces pourcentages sous-estiment cependant le nombre de personnes dépendantes à l'alcool, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, une enquête téléphonique auprès de la population générale, comme celle dont sont extraites ces données, touche difficilement la population marginalisée, de taille non négligeable, et qui comprend vraisemblablement une forte proportion des personnes dépendantes à l'alcool. Ensuite, s'il est certain qu'une personne qui consomme 7 verres ou plus quotidiennement est dépendante à l'alcool, des personnes consommant moins peuvent également souffrir de dépendance à cette substance. En dernier lieu, la confrontation des quantités d'alcool que déclarent consommer les personnes interrogées dans les enquêtes aux quantités d'alcool effectivement mises sur le marché montrent une forte sous-déclaration (d'un facteur situé entre deux et trois [113, 205]).

Les dommages ne sont pas uniquement associés aux consommations d'alcool quotidiennes ou régulières. Les quantités importantes absorbées en une seule occasion font peser des risques immédiats pour la santé,

liés à l'état d'ivresse. Un autre seuil a ainsi été défini pour prendre en compte ce type de risque. Les personnes ayant consommé six verres en une même occasion au moins une fois dans l'année sont considérées comme « buveurs à risques ponctuels ». La proportion de ces buveurs parmi les 18-75 ans est de 28 % en 2010, en forte augmentation (+ 27 %) par rapport à 2005. Ce pourcentage décroît fortement avec l'âge, passant de 39 % chez les 18-25 ans à 13 % chez les 65-75 ans [12].

Un nombre de prises en charge assez faible au regard de l'ampleur du problème

La prise en charge des troubles du comportement liés à la consommation d'alcool doit être distinguée de celle qui vise à soigner les troubles somatiques qui sont la conséquence de l'usage d'alcool, comme par exemple les cirrhoses alcooliques (voir chapitre 3.3).

Les seuils en débat

Ces seuils ont le mérite de donner une indication plus précise que le seul conseil de modération et d'inciter ainsi ceux qui consomment au-delà de ces seuils à diminuer leur consommation. Ils ont en revanche l'inconvénient de donner une vision binaire du risque alcool (risqué/non risqué), légitimant ainsi un niveau de consommation correspondant aux seuils. Les preuves scientifiques s'accumulent pourtant pour montrer que toute consommation chronique d'alcool augmente le risque de maladies, principalement des cancers, même si ces risques sont très faibles lorsque la consommation se limite à un verre ou deux. Le National Health and Medical Council australien a publié en 2009 de nouvelles recommandations relatives à la consommation d'alcool qui préconisent de ne pas dépasser deux verres par jour pour les hommes comme pour les femmes, quantités qui seraient associées à un risque de décès lié à cette consommation au cours de la vie inférieur à 1 %. Ces recommandations indiquent cependant qu'il est globalement préférable pour la santé de diminuer sa consommation, même si, pour certains groupes de personnes (notamment celles qui présentent un risque élevé de maladies coronariennes), une faible consommation d'alcool pourrait être bénéfique. Une réflexion sur les recommandations concernant les consommations d'alcool est actuellement en cours en France [152] ainsi qu'en Angleterre [170].

D'après les données figurant dans les rapports d'activité des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en ambulatoire, près de 140 000 personnes ont été vues dans ces structures pour un problème principal d'alcool en 2010 [193]. En 2006, ce nombre pouvait être estimé à environ 125 000, ce qui représente une hausse de la file active d'un peu plus de 10 % en quatre ans.

En 2010, 139 000 séjours hospitaliers avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ont été recensés, dont environ les deux tiers pour intoxication aiguë sans complications (ivresse), l'hospitalisation étant alors le plus souvent de très courte durée. Le nombre de sevrages en milieu hospitalier a été d'environ 44 000 en 2010. La tendance sur les deux dernières années est orientée à la hausse pour l'ensemble des séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool (125 000 en 2008), comme pour les séjours pour sevrage (près de 35 000 en 2008) [5] (voir chapitre 3.3). La prise en compte des séjours pour les problèmes d'alcool apparaissant en diagnostic associé conduit à des chiffres plus importants : une étude non encore publiée début 2013 mais dont les résultats ont été rendus publics évalue en 2011 à 470 000 le nombre de séjours avec au moins un diagnostic de troubles du comportement liés à l'alcool [213]. Les hôpitaux reçoivent aussi en ambulatoire des patients en difficulté avec l'alcool, dans le cadre des consultations hospitalières en addictologie. Toutefois, aucun système d'information ne permet à l'heure actuelle de recenser le nombre de ces patients.

En dehors de l'hôpital, les personnes malades en raison de leur consommation d'alcool peuvent être vues par un médecin généraliste de ville. En 2009, ces médecins ont vu par semaine environ 0,9 patient dans le cadre d'un sevrage alcoolique. Cette proportion est restée stable au cours des années 2000, soit pour l'ensemble des médecins généralistes environ 50 000 patients sur une période d'une semaine [110].

Une mortalité élevée

Les dernières données publiées sur la mortalité liée à l'alcool rapportent en 2009 un nombre de 49 000 décès, tous âges confondus, dont 19 500 personnes âgées de 15 à 64 ans [113]. Sur l'ensemble des décès, un tiers est provoqué par des cancers, un quart par maladies cardiovasculaires, 17 % par accidents ou suicides, 16 % par maladies digestives (cirrhose essentiellement), et 10 % par d'autres causes. D'après une évaluation

récente [154], environ 1 400 décès peuvent être imputés à une conduite sous l'emprise de l'alcool en 2008. Ce nombre est en nette baisse par rapport à 2003, évolution qui s'expliquerait essentiellement par l'effet de la réduction de la vitesse moyenne sur les routes également efficace pour les conducteurs sous l'emprise de l'alcool.

Les décès liés à l'alcool sont très majoritairement masculins (75 %). À l'exception des cancers du sein qui représentent 22 % des décès féminins liés à l'alcool, les hommes sont beaucoup plus touchés que les femmes pour la plupart des cancers dans lesquels l'alcool est impliqué : on compte 21 décès masculins pour 1 décès féminin pour le cancer du larynx. Le rapport est de 15 contre 1 pour le cancer de l'œsophage. Les hommes sont également beaucoup plus concernés par les décès par accidents et suicides (10 hommes pour 1 femme). Au total, 13 % des décès masculins et 5 % des décès féminins sont attribuables à l'alcool.

Le calcul du nombre de décès attribuables à l'alcool repose sur la connaissance des risques relatifs de décès associés à différents niveaux de consommation de ce produit (voir chapitre 3.3). Ces risques relatifs sont déterminés à partir d'études (souvent des cohortes prospectives) permettant de comparer la mortalité chez des buveurs et des non buveurs. Les connaissances sur ces risques relatifs évoluent d'année en année en fonction des études publiées. Les chiffres de mortalité ici présentés s'appuient sur l'état des connaissances le plus récent. Cela explique que les résultats de ce type d'étude soient souvent difficiles à comparer dans le temps. Une étude publiée en 2010 [205] faisait état de 33 000 décès attribuables à l'alcool pour l'année 2006, soit un chiffre nettement inférieur au 49 000 décès cités plus haut. Selon les auteurs de l'étude la plus récente, cet écart s'explique par l'utilisation de valeurs différentes pour les risques relatifs, et au recours à une autre enquête pour déterminer les proportions de la population consommant différentes doses d'alcool. Des travaux supplémentaires permettant de comparer plus en détail les choix méthodologiques et leur pertinence seraient sans doute utiles.

Les évolutions de la mortalité liée à l'alcool peuvent malgré tout être décrites en se limitant à une cause de mortalité très majoritairement imputable à la consommation d'alcool comme les décès par cirrhose. Les taux de mortalité pour cette maladie ont été divisés par un peu plus de 3 entre la fin des années 1960 et la fin des années 2000, chez les hommes comme chez les femmes. Cette évolution est en majeure partie liée à la diminution constante de la consommation d'alcool dans la population française (voir chapitre 3.3).

ALCOOL ET INFRACTIONS

Pour certaines infractions, l'alcool est mentionné dans le texte de la loi : c'est le cas pour les ivresses publiques et manifestes et pour toutes les infractions liées à la conduite automobile sous influence de l'alcool. En tant que substance favorisant la désinhibition et le passage à l'acte, l'alcool peut également être associé à de nombreux délits et actes d'incivilité, notamment les violences contre les personnes. La mesure rigoureuse du lien entre alcool et délinquance est cependant difficile à réaliser et l'on ne dispose actuellement d'aucune donnée française récente sur la question [123, 197].

En ce qui concerne les infractions pour lesquelles l'alcool est explicitement mentionné, les principaux chiffres sont les suivants :

- environ 75 000 personnes ont été interpellées pour ivresse publique et manifeste en 2011. En augmentation par rapport au début des années 2000, le nombre de ces interpellations, après avoir connu un pic en 2007 (89 000), fluctue sur les trois dernières années autour de 75 000 [186] ;
- près de 390 000 dépistages positifs de l'alcoolémie routière ont été réalisés en 2011, soit 3,5 % de l'ensemble des dépistages (environ 11,2 millions). La part des contrôles positifs est en hausse par rapport à la fin des années 1990 : elle se situait entre 1,8 % et 2,0 % jusqu'en 2000, puis a considérablement augmenté entre 2000 et 2005, pour se situer au-delà de 3,2 % après 2006 [190] ;
- en 2011, 152 571 condamnations pour conduite en état alcoolique, dont 1 828 pour blessures involontaires par conducteur en état alcoolique et 187 pour homicides involontaires par conducteur en état alcoolique, ont été prononcées. Après avoir augmenté de 24 % entre 2005 et 2007, les condamnations pour conduite en état alcoolique se sont stabilisées à un niveau élevé (environ 150 000 par an). Cependant, la proportion de récidivistes, qui était de 12 % en 2005, atteint près de 16 % en 2011 [190].

Repères méthodologiques

Baromètre santé ; Baromètre santé médecins généralistes ; Casier judiciaire national ; ESCAPAD ; ESPAD ; Fichier des infractions au code de la route ; HBSC ; PMSI ; Rapports d'activité des CSAPA ; Registre national des causes de décès ; SAM ; Statistiques des ivresses publiques et manifestes ; Ventes d'alcool.

9.2 Cannabis

Olivier Le Nézet

Le cannabis est le nom générique de la plante consommée sous forme d'herbe (marijuana), de résine (haschisch) et plus rarement d'huile. L'espèce de cannabis la plus répandue est le *Cannabis sativa* (chanvre indien) et ses effets neuropharmacologiques sont essentiellement dus au delta9-tetra-hydro-cannabinol (Δ^9-THC). L'herbe et la résine se fument généralement sous forme de « joint » (cigarette roulée contenant aussi du tabac). Une frange d'usagers inhale parfois la fumée du cannabis chauffé sans combustion, à l'aide d'une pipe à eau ou « bang », démultipliant ainsi les effets du produit. Plus marginalement, le cannabis peut aussi être ingéré, incorporé dans des préparations alimentaires (gâteaux, « space-cakes ») ou bu (infusions).

Le cannabis possède des effets euphorisants, désinhibants et relaxants. Comme d'autres produits psychoactifs, sa consommation peut s'accompagner de troubles psychiatriques aigus, mais aussi, dans le cadre d'usages chroniques, de troubles anxieux et dépressifs comme les troubles psychotiques sans présager nécessairement du lien de causalité (voir chapitre 3.5). La consommation régulière de cannabis peut induire une dépendance chez certains usagers. Elle se traduit par des symptômes physiques de sevrage à l'arrêt (agitation, irritabilité, anxiété, céphalées, perturbations du sommeil, troubles digestifs, etc.) se mêlant éventuellement à ceux de l'arrêt du tabac. Ceux-ci régressent après une ou plusieurs semaines et c'est essentiellement la dépendance psychique, plus durable, à l'origine de l'envie répétée de reprendre du cannabis, qui constitue une limite à l'interruption des consommations [212].
Il est classé comme produit stupéfiant en France.

PRODUIT ILLICITE LE PLUS CONSOMMÉ EN FRANCE

Alors que le cannabis est le produit illicite le plus consommé en Europe, la France est l'un des pays où les niveaux d'usage sont les plus élevés, notamment parmi les adolescents.
En 2010, on estime qu'environ 13,4 millions de personnes ont déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, soit un cinquième de la population (tableau 1). Les usagers réguliers sont dix fois moins nombreux.

Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs de cannabis en France métropolitaine parmi les 11-64 ans en 2011

Expérimentateurs	dont actuels	dont réguliers
13,4 millions	3,8 millions	1,2 million

Expérimentateurs : personnes ayant déclaré avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie
- Actuels : consommateurs dans l'année
- Réguliers : au moins 10 consommations de cannabis dans le mois

Sources : Baromètre santé 2010, ESCAPAD 2011, ESPAD 2011, HBSC 2010

Stabilisation des usages chez les adultes

En 2010, par rapport à 2005, davantage de personnes avaient déjà fumé du cannabis (33 % contre 29 %). Toutefois, cette légère hausse de l'expérimentation tient principalement au fait que les personnes nées après 1976 ont plus souvent testé le cannabis que leurs aînées (tableau 2).

Tableau 2 - Usages de cannabis selon l'âge et le sexe parmi les 18-64 ans en 2010 (%)

%	Ensemble	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Expérimentation	32,9	47,3	51,8	38,0	22,6	10,1	40,6	25,4
Usage au cours de l'année	8,0	22,8	13,8	5,1	2,4	0,8	11,5	4,7
Usage au cours du mois	4,4	13,2	7,5	2,8	1,0	0,2	6,6	2,2
Usage régulier	2,1	6,3	4,1	1,2	0,5	0,1	3,4	0,9
Usage quotidien	1,1	3,1	2,1	0,7	0,3	0,1	1,7	0,5

Lecture : 47,3 % des personnes de 18 à 25 ans ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie

Source : Baromètre santé 2010 (INPES)

Graphique 1 - Usage de cannabis au cours des 12 derniers mois parmi les 18-64 ans entre 1992 et 2010 (%)

14
12
10
8
6
4
2
0
1992 1995 2000 2005 2010
Hommes: 6,0 6,9 10,4 11,0 11,5
Femmes: 2,8 3,0 4,9 4,3 4,7
Ensemble: 4,4 4,9 7,6 7,6 8,0

Source : Baromètre santé 2010 (INPES)

Concernant l'usage de cannabis au cours de l'année, il se stabilise depuis 2000, après avoir presque doublé au cours des années 1990 (graphique 1). En 2010, il s'établit à 8 % (12 % parmi les hommes, 5 % parmi les femmes). Les jeunes adultes de 18 à 25 ans consomment même moins souvent du cannabis qu'au début de la dernière décennie, avec 13 % d'usagers récents contre 16 % en 2000. De façon générale, les hommes demeurent plus nombreux que les femmes à avoir déjà fumé du cannabis (41 % contre 25 % en 2010), et cet écart a tendance à s'accentuer au fur et à mesure que les usages s'intensifient.

À âge donné, les actifs qui ont un emploi ont moins souvent consommé du cannabis (20 % d'usagers dans l'année parmi les 18-25 ans de cette catégorie) que les chômeurs ou les étudiants (25 % parmi les 18-25 ans de ces deux catégories). Parmi les actifs de 18-64 ans en emploi, les cadres et les ouvriers ont les niveaux d'usage les plus élevés (respectivement 9 % et 8 % d'usage dans l'année), tandis que les agriculteurs ont les plus faibles (4 %).

Dans des groupes spécifiques d'usagers précaires, comme ceux fréquentant les CAARUD, le cannabis est très présent ; il s'agit en effet, avec l'alcool, du produit le plus consommé puisque 7 usagers sur 10 en ont consommé au cours du dernier mois [33].

Un produit consommé d'abord par les adolescents

Comme pour les adultes, le cannabis est la première substance illicite consommée par les adolescents. En 2010 comme en 2006, un collégien sur dix en a déjà fumé et l'expérimentation progresse rapidement durant les « années collège ». De marginale en classe de 6e (1,5 %), l'initiation au cannabis devient moins rare : elle touche pratiquement un adolescent sur quatre en 3e.

À la fin de l'adolescence, en 2011 comme en 2008, 41,5 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà fumé du cannabis. Cette stagnation intervient après une baisse particulièrement forte observée entre 2005 et 2008 (graphique 2).

Graphique 2 - Évolution de l'expérimentation de cannabis à 17 ans, 1993-2011 (%)

Année	Garçons	Filles
1993	24,7	17,1
1997	40,1	27,8
1999	47,3	38,1
2000	50,1	40,9
2002	54,6	45,7
2003	53,3	47,2
2005	53,1	45,5
2008	46,3	37,9
2011	44,0	38,9

Sources : INSERM 1993 ; ESPAD 1999 (INSERM/OFDT/MJENR) ; Enquêtes ESCAPAD (OFDT)

Les garçons expérimentent le cannabis plus souvent que les filles, mais l'écart se réduit depuis 2008. En 2011, alors que 39 % des filles de 17 ans en ont déjà consommé, cette proportion atteint 44 % pour les garçons. Comme chez les adultes, l'usage est d'ailleurs d'autant plus masculin que la fréquence est élevée. Ainsi, les garçons sont presque trois fois plus nombreux que les filles à consommer régulièrement du cannabis (tableau 3).

Tableau 3 - Usages de cannabis à 17 ans par sexe en 2011 (%)

	Expérimentation (1)	Usage dans l'année	Usage dans le mois	Usage régulier (2)	Usage quotidien
Filles	38,9	31,2	18,5	3,4	1,4
Garçons	44,0	37,8	26,3	9,5	4,5
Total	41,5	34,6	22,4	6,5	3,0

(1) au moins un usage au cours de la vie
(2) 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours
Note : Attention, les chiffres ne s'additionnent pas en ligne. Par exemple, les 1,4 % de filles qui consomment quotidiennement du cannabis font partie des 3,4 % qui ont un usage régulier. Elles-mêmes sont incluses dans les 18,5 % qui déclarent un usage récent, etc.

Sources : ESCAPAD 2011 (OFDT)

Comme pour l'alcool, la consommation de cannabis chez les jeunes a lieu en grande majorité le week-end ou lors d'événements (anniversaires, fêtes, etc.), où elle est plus intense. Mais il existe d'autres contextes d'usages (durant la semaine, le matin avant d'aller en cours, en solitaire…), qui sont des éléments pris en compte dans la mesure des usages problématiques (voir encadré).

Les Français parmi les plus consommateurs en Europe

Drogue illicite la plus répandue en Europe, le cannabis a été expérimenté par environ 77 millions d'Européens de 15 à 64 ans, soit environ un quart de cette population. La plupart des pays rapportent des niveaux d'expérimentation compris entre 10 % et 30 % et des niveaux d'usage au cours de l'année entre 3 % et 10 %. La France appartient au groupe de pays où la prévalence au cours de l'année est la plus élevée : 8,4 % des 15-64 ans (contre 9,6 % pour l'Espagne, 8,9 % pour la République tchèque et 8,4 % pour le Royaume-Uni) [90, 179].

L'enquête ESPAD menée auprès des 15-16 ans indique une relative stabilisation de la consommation de cannabis dans de nombreux pays européens. En 2011, ce sont les Tchèques qui ont la proportion la plus élevée de jeunes déclarant avoir expérimenté le cannabis, juste avant les Français (42 % contre 39 %). Concernant l'usage au cours du mois, ces derniers se distinguent par la prévalence la plus élevée d'Europe (24 %), niveau trois fois supérieur à la moyenne de l'ensemble des pays (7 %).

Des motivations à consommer très diverses

Quels sont les motivations des personnes qui consomment très régulièrement du cannabis ? Une enquête qualitative [207], menée en 2005 auprès de 70 personnes consommant plus de dix fois par mois (et souvent quotidiennement) du cannabis, a permis de cerner la multiplicité des raisons mises en avant et des effets recherchés. Se relaxer, partager, faire la fête, par habitude, pour dormir, se défoncer… Autant de motifs mis en avant par les usagers qui pourraient apparaître contradictoires. L'analyse des entretiens montre que, finalement, les fonctions sont variables d'un individu à l'autre mais aussi d'un contexte à l'autre. C'est donc ce contexte et la disposition d'esprit au moment de la prise qui vont conditionner en grande partie le type d'effets obtenus, qu'ils soient du registre récréatif, de celui du dopage ou à caractère autothérapeutique. Chez ces consommateurs, souvent intensifs, l'usage a le plus souvent démarré hors contexte festif dans le cadre de la sociabilité quotidienne, d'autant qu'ils fréquentent le plus souvent des cercles sociaux où les fumeurs de cannabis sont majoritaires. La consommation se poursuit ensuite sur un mode davantage solitaire, comme un moment de détente, ou intégrée aux activités banales.

Les risques sociaux et psychologiques de l'usage sont perçus comme mineurs par ces usagers réguliers qui, dans le même temps, expriment une inquiétude non négligeable vis-à-vis des conséquences somatiques, comme les risques pulmonaires et respiratoires.

Un marché en mutation

Depuis le milieu des années 2000, le marché du cannabis en France est en pleine mutation (voir chapitre 7.3) dans un contexte où la cannabiculture s'accroît également avec le développement de produits plus dosés.

La cannabiculture en hausse

En France, comme dans le reste de l'Europe, on constate un engouement croissant des usagers pour l'herbe de cannabis, qui semble de plus en plus disponible. Au moins 40 % de la consommation de cannabis serait désormais constituée d'herbe et 12 % de cette herbe serait directement produite en France, soit 32 t, selon une estimation réalisée en 2005 [25]. Cette culture d'herbe serait majoritairement le fait d'usagers cultivant pour eux-mêmes. Leur nombre est estimé à 80 000 en 2010 [12]. Les données de 2005, pas directement comparables avec celles de 2010,

estimaient à 200 000 le nombre de personnes ayant déclaré se procurer occasionnellement du cannabis par le biais de la cannabiculture. Dans la grande majorité des cas, l'objectif de ces usagers est de satisfaire une consommation personnelle. Le recours à la cannabiculture a aussi pour objectif d'échapper aux contacts avec les dealers et les services répressifs.

Par ailleurs, des associations officieuses à but non lucratif de cultivateurs-consommateurs, surnommés cannabis social clubs, se rendent de plus en plus visibles. Il s'agit pour ces groupes d'usagers de mutualiser leurs moyens afin de produire leur propre consommation tout en cherchant à peser dans le débat sur le statut du produit.

Hormis ces initiatives de particuliers, plusieurs affaires judiciaires font apparaître que la physionomie de l'offre d'herbe de cannabis est en train de se modifier. Il semble que certains milieux criminels s'intéressent à la production intensive de cannabis, avec le développement du phénomène des cannabis factories, sur le modèle des Pays-Bas et de la Belgique, qui voit des groupes criminels structurés se lancer dans la production d'herbe à grande échelle [230] (voir chapitre 7.3).

Des produits plus dosés et la concurrence des produits de synthèse

Cette évolution répond à la volonté des usagers de cannabis de disposer de produits de « meilleure qualité » que la résine que l'on trouve communément sur les marchés illicites. Cette recherche se traduit par une présence accrue de variétés d'herbe, telles l'Amnesia, l'Hase ou la Sinsemilia, plus riches en THC [37]. Ainsi, selon les analyses des Douanes, la pureté de l'Amnesia tournerait autour de 20 % alors que la teneur moyenne des taux de THC retrouvés dans l'herbe s'élève plutôt à 10 % [120]. Pour la Sinsemilia, une variété d'herbe produite aux Pays-Bas et en Belgique et de plus en plus consommée en France, les taux de THC peuvent dépasser 20 % et parfois même 35 % [230]. Face à ces évolutions du marché, les trafiquants de résine de cannabis tendent à s'adapter aux évolutions de la demande en proposant des résines plus dosées. Ainsi, depuis 2005, la teneur moyenne de THC des résines analysées serait passée en cinq ans de 9 % à 11 %. En 2012, des saisies de variétés de résine de cannabis fortement dosées (20-25 %), conditionnées sous forme d'ovules et de boules, ont été observées [178].

En outre, l'offre de produits de synthèse vendus sur Internet et imitant les effets des drogues illicites a pris un certain essor. Depuis 2009, des cannabinoïdes de synthèse (comme le Spice) ont été identifiés en France.

Risques et effets pour la santé

Les risques de la consommation de cannabis apparaissent clairement différents en fonction de l'usage : récréatif, compulsif, en petites quantités ou de façon intensive. Les risques liés à des usages aigus ou chroniques du cannabis sont de mieux en mieux connus. À court terme, la prise de cannabis altère la perception, l'attention et la mémoire immédiate, troubles susceptibles de perturber la réalisation de tâches tels la conduite automobile ou le travail scolaire des plus jeunes. À un niveau de consommation élevé, apparaît le risque de dépendance – psychique surtout – et peuvent survenir des problèmes relationnels, scolaires et professionnels. L'usage régulier de cannabis peut, par ailleurs, accompagner ou aggraver l'apparition de troubles psychiatriques [62] (voir encadré dans chapitre 3.5).

En France, l'usage thérapeutique du cannabis reste illicite à la différence entre autres de plusieurs États des États-Unis, du Canada, de l'Australie, du Royaume-Uni, de la Finlande, des Pays-Bas, de la Belgique, de l'Allemagne, de l'Italie et de l'Espagne. Il existe toutefois le Marinol® (dronabinol), un médicament contenant du THC synthétique, sous forme de gélules. Il est autorisé dans des indications très limitées (comme les douleurs de la sclérose en plaques ou les nausées liées aux chimiothérapies résistantes aux thérapeutiques disponibles) et dans le cadre très restrictif d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) nominatives délivrées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) [62]. Enfin, début 2013, le ministère de la Santé a souhaité que l'ANSM puisse étudier le dossier du Sativex®, un médicament obtenu à partir d'extraits de cannabis. Une demande d'autorisation de mise sur le marché de ce spray, disponible ailleurs en Europe et qui permet de soulager les douleurs de certains patients atteints de sclérose en plaques, ne pourrait être effectuée qu'après la modification d'un décret relatif à l'interdiction de la commercialisation de tout médicament dérivé du cannabis.

Repérage des usages problématiques

L'usage problématique de cannabis peut être appréhendé comme un « usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui » [14]. Il n'existe pas actuellement de données scientifiques suffisantes permettant d'établir le lien précis entre un niveau de consommation, l'existence d'une dépendance et celle de problèmes socio-sanitaires induits par l'usage de cannabis. Ce d'autant plus qu'une consommation « excessive » peut être à l'origine des troubles, comme elle peut en constituer les symptômes.

Toutefois, plusieurs outils de repérage de la dépendance ou de l'usage problématique existent, parmi lesquels le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test). C'est une échelle à six items qui vise à dépister des usages problématiques en évaluant dans les 12 derniers mois la fréquence des événements suivants : l'usage hors contexte festif, les troubles de la mémoire, le fait d'être encouragé à réduire ou à arrêter l'usage de cannabis, les échecs dans les tentatives d'arrêt et les problèmes liés à la consommation de cannabis, selon cinq modalités de réponse (jamais, rarement, de temps en temps, souvent, très souvent) [184]. En 2011, au vu des résultats du CAST en population générale, 18 % des jeunes de 17 ans ayant consommé du cannabis au cours de l'année présentent un risque élevé d'usage problématique, voire de dépendance (23 % pour les garçons et 13 % pour les filles), ce qui correspond à 5 % de l'ensemble des adolescents de cet âge (7 % pour les garçons et 3 % pour les filles).

CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

Au cours des 12 derniers mois	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous fumé du cannabis avant midi ?	0	1	2	3	4
2. Avez-vous fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	0	1	2	3	4
3. Avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	0	1	2	3	4
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de cannabis ?	0	1	2	3	4
5. Avez-vous essayé de réduire votre consommation de cannabis sans y arriver ?	0	1	2	3	4
6. Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (disputes, bagarres, mauvais résultats à l'école…) ? Lesquels ?…	0	1	2	3	4

Chaque réponse est associée à un nombre de points : « jamais » (0), « rarement » (1), « de temps en temps » (2), « souvent » (3) et « très souvent » (4). Le score est calculé par simple addition et varie donc de 0 à 24. En l'état actuel de la recherche, à partir des critères du DSM-IV, un score de 3 caractérise un risque modéré ou élevé de problèmes, et un score de 7 points un risque élevé d'usage problématique voire de dépendance.

Une prise en charge des consommateurs à différents niveaux

L'usage de cannabis conduit une partie des consommateurs à entrer en contact avec des structures ou des professionnels de santé. Ces usagers sont le plus souvent accueillis dans les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ils sont aussi vus dans des services ou établissements hospitaliers sans centres spécialisés mais disposant de consultations ambulatoires en addictologie ou en médecine de ville.

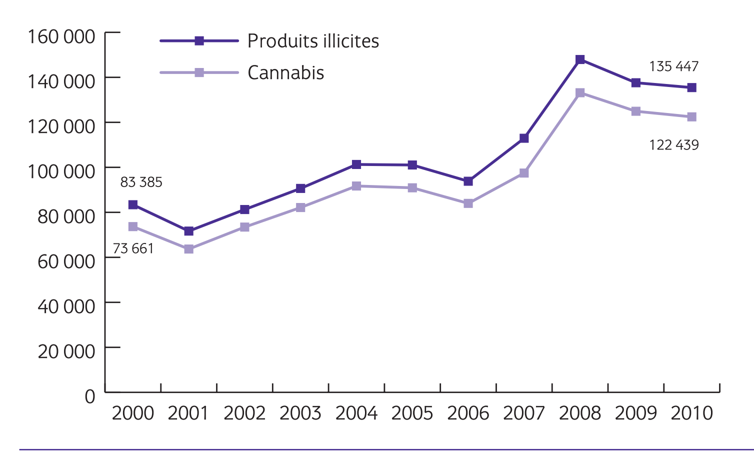
En 2010, les CSAPA ont reçu 38 000 personnes principalement consommatrices de cannabis [193]. Plus de la moitié d'entre elles ont été vues dans le cadre d'une consultation jeunes consommateurs (CJC), dispositif géré, à quelques exceptions près, par les CSAPA. Créées fin 2004, les CJC proposent un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis (l'âge moyen des consultants avoisinant 23 ans) ainsi qu'à leurs familles. Bien qu'elles aient d'abord été centrées sur ce produit, au point d'être couramment qualifiées de « consultations cannabis », elles ont vocation à prendre en compte toutes les substances relevant de l'addictologie (alcool, cannabis, cocaïne, psychostimulants, etc.), ainsi que les addictions sans produit (jeux, Internet, etc.). En pratique, le dispositif touche une majorité d'usagers de cannabis (92 %). La moitié du public reçu à la CJC est adressée par la justice : parmi eux, les jeunes majeurs (18-25 ans), de sexe masculin, consommateurs occasionnels de cannabis, sont majoritaires [172]. Environ un tiers du public présente, à l'inverse, une dépendance au cannabis : il s'agit souvent de consultants plus âgés, venus spontanément ou adressés par un professionnel de santé. Cette frange du public comprend en outre une part plus importante de femmes. En dehors des CSAPA, des consommateurs de cannabis peuvent également être vus par des médecins généralistes. En 2009, 59 % d'entre eux déclarent avoir reçu en consultation au moins un patient au cours de l'année pour usage de cannabis [110].

Des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants peuvent être ordonnés à des personnes interpellées pour détention et usage de stupéfiants. Sur la période 2007-2011, 1 800 à 1 900 stages ont été mis en place, en métropole et dans les DOM, ce qui correspond à 18 000 ou 19 000 usagers de stupéfiants concernés depuis 2008, dont 94 % pour la consommation de cannabis [176].

Première substance en cause dans les interpellations pour usage

Première substance illicite dans les consommations, le cannabis est de très loin le premier produit en cause dans les interpellations pour usage de stupéfiants, qui s'élèvent en 2010 à 122 439 (soit une hausse de 65 % par rapport à l'année 2000). Le cannabis est en cause dans 90 % de ces interpellations pour usage de stupéfiants (graphique 3). Cette proportion est constante depuis le début des années 2000.

Graphique 3 - Évolution des interpellations pour usage de cannabis et produits illicites (dont cannabis) par année, 2000-2010



Source : OSIRIS (OCRTIS)

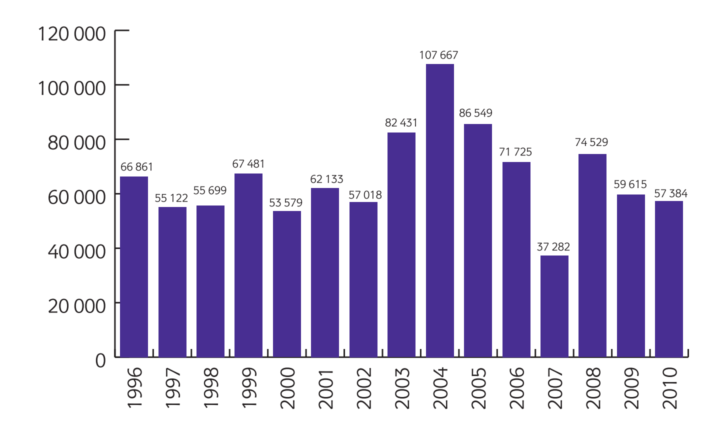
Les personnes interpellées pour usage de cannabis sont plus jeunes que les autres usagers interpellés (23,7 ans en moyenne en 2009, contre près de 30 ans pour les usagers de cocaïne, héroïne ou crack), et donc plus fréquemment étudiants ou lycéens. Comme pour les autres produits, ce sont plus souvent des hommes.

Principal objet du trafic de stupéfiants

En 2010, le cannabis est en cause dans 70 % des interpellations pour trafic, loin devant l'héroïne (16 %). Les cas de « petits trafics » (usage-revente ou trafic local) dominent, plus que pour l'héroïne ou la cocaïne.

En 2012, la quantité de cannabis saisie est d'environ 54,4 t. Ce niveau est assez stable depuis 2009, avec, à partir de cette date, une orientation à la baisse alors que de 2003 à 2005 les saisies avaient été particulièrement importantes (graphique 4). Depuis 2004, où le pic atteignait plus d'une centaine de tonnes, les saisies de résine de cannabis sont en baisse, à l'inverse de celles d'herbe. La plupart de la résine saisie en France est produite au Maroc et est importée sur le territoire essentiellement via l'Espagne (voir chapitre 7.3).

Graphique 4 - Évolution des quantités de cannabis saisies entre 1996 et 2010 (en kg)



Source : OSIRIS (OCRTIS)

Repères méthodologiques

Baromètre santé ; Baromètre santé médecins généralistes ; Base nationale STUPS ; ENaCAARUD ; Enquête CJC ; ESCAPAD ; ESPAD ; Évaluation des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants ; HBSC ; OEDT ; OSIRIS ; Rapports d'activité des CSAPA ; TREND Enquête « Les habitués du cannabis ».

9.3
Cocaïne et crack

Michel Gandilhon, Agnès Cadet-Taïrou

La cocaïne (ou chlorhydrate de cocaïne) est une substance d'origine végétale, obtenue par transformation de la feuille de coca. Classée parmi les stimulants, elle se présente sous forme de poudre blanche, consommée le plus souvent par voie nasale (sniff), parfois pulmonaire (inhalation de fumée ou de vapeurs par voie orale ou nasale) ou intraveineuse (injection). Sa consommation entraîne une sensation de puissance intellectuelle et physique, engendrant une indifférence à la fatigue, couplée à un sentiment d'euphorie. Ces effets « positifs » sont suivis d'une phase de « descente », marquée par des symptômes de type dépressif, une anxiété et une forte irritabilité. La cocaïne est à l'origine d'une forte dépendance psychique conduisant à des envies irrépressibles d'en consommer (*craving*) pouvant survenir très rapidement ou à distance de la dernière prise.

La cocaïne base, qui circule sous l'appellation « crack » ou « free base », est un dérivé du chlorhydrate de cocaïne, résultant de l'adjonction de bicarbonate ou d'ammoniac. Cette transformation permet une cristallisation de la poudre en petits cailloux, destinés à être fumés et plus rarement injectés. Les effets de la cocaïne base sont beaucoup plus puissants que ceux du chlorhydrate. Leur apparition est plus rapide (1 à 2 minutes contre 15 à 30 minutes), mais leur durée est beaucoup plus courte (10 à 15 minutes contre environ une heure), ce qui conduit les usagers à une multiplication des prises.

Niveaux et diversité des consommations

Une augmentation régulière de la consommation depuis quinze ans dans la population française

La cocaïne, sous sa forme chlorhydrate, est le produit illicite le plus consommé en France après le cannabis. En 2010, un million et demi de personnes en auraient pris au moins une fois au cours de la vie et 400 000 au cours de l'année. En l'espace de dix ans, l'expérimentation dans la population adulte (18-64 ans) a plus que doublé, passant de 1,8 % en 2000 à 3,8 % en 2010 [12]. La hausse est encore plus marquée pour l'usage récent qui a triplé entre 2000 et 2010, passant de 0,3 % à 0,9 %. Cette évolution générale recouvre toutefois des différences selon l'âge et le sexe. Ainsi, la population des 18-34 ans est la plus concernée par les usages de cocaïne – en 2010, près de 7 % l'avaient expérimentée –, et plus particulièrement la tranche d'âge des 26-34 ans où l'expérimentation atteint son maximum (8 %). Si l'usage de cocaïne est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, la plus forte progression intervient chez ces dernières : entre 2000 et 2010, la part des femmes ayant consommé de la cocaïne au cours de l'année a été multipliée par 4 (de 0,1 % à 0,4 %), contre 3 pour les hommes (de 0,5 % à 1,4 %) [12].

Chez les jeunes de 17 ans, l'expérimentation de cocaïne a été multipliée par plus de 3, passant de 0,9 % en 2000 à 3 % en 2011 [222], bien qu'elle soit restée stable par rapport à 2008.

L'usage de cocaïne base est marginal dans la population générale. Chez les jeunes de 17 ans, l'expérimentation de crack serait en baisse, passant, entre 2008 et 2011, de 1 % à 0,8 % [222].

Tableau 1 - Évolution de l'expérimentation de cocaïne chez les 18-64 ans entre 2000 et 2010 (en %)

	2000	2005	2010
Hommes	2,5	3,8	5,5
Femmes	1,0	1,3	2,2
Ensemble	1,8	2,5	3,8

Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

Diversification sociologique et géographique des usagers

Depuis le milieu des années 1990, la population des usagers de cocaïne, incarnée auparavant par la figure du consommateur à fort pouvoir d'achat et celle du toxicomane désaffilié, s'est diversifiée, au point qu'il est très difficile aujourd'hui de déterminer un profil type de l'usager de cocaïne.

L'expérimentation et l'usage de la cocaïne ne connaissent cependant pas une diffusion homogène dans l'ensemble de la société. Parmi les actifs occupés, des écarts importants apparaissent : en 2010, les secteurs des arts et du spectacle (9,8 %), de l'hébergement et de la restauration (9,2 %) et, dans une moindre mesure, de l'information-communication (6,9 %) et de la construction (5,6 %) arrivent en tête pour l'expérimentation de cocaïne [12]. Une analyse par catégories socioprofessionnelles montre que ce sont les artisans et commerçants (7,2 %), les ouvriers (5,3 %) et les cadres (4,9 %) qui ont les niveaux d'expérimentation les plus élevés. Cependant, c'est au sein de la population active au chômage que l'on trouve le taux d'expérimentation le plus important (7,6 %). Chez les jeunes de 17 ans, l'expérimentation de cocaïne touche plus particulièrement ceux en apprentissage ou sortis du système scolaire, même si l'origine sociale demeure déterminante : les enfants de cadres ont ainsi expérimenté la cocaïne près de deux fois plus que les enfants d'ouvriers [222].

Au plan géographique, en 2010 en métropole, l'expérimentation de la cocaïne est plus répandue dans les régions méditerranéennes (Langue-

Des usagers de crack concentrés géographiquement

Même si, depuis 2000, des apparitions sporadiques de crack ont pu survenir dans d'autres régions françaises [106], sa disponibilité et son usage demeurent globalement circonscrits à la région parisienne et à certains départements d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane). En métropole, le nombre de consommateurs est estimé entre 11 350 et 20 000 individus [132]. Sur le plan socio-démographique, les usagers de crack parisiens vus par les CAARUD sont en moyenne plus âgés que les autres populations consommatrices de drogues (38,0 ans contre 34,1 ans pour l'ensemble), avec une surreprésentation des femmes (29 % – au regard de celles qui sont rencontrées pour l'usage d'une autre substance). Ils vivent majoritairement dans des conditions de précarité extrêmes, caractérisées par l'absence de logement fixe et de travail. Dans les DOM, les caractéristiques des consommateurs se rapprochent de celles observées en métropole, à l'exception de la forte représentation féminine [32].

doc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur), en Île-de-France et en Bretagne, tandis que les régions du nord et de l'est en consomment moins. Ce processus de diffusion, certes inégal, de la cocaïne sur l'ensemble du territoire français concerne les zones urbaines que les zones rurales, même si les grandes métropoles sont les plus touchées [12].

La cocaïne est particulièrement consommée par les personnes qui fréquentent les espaces festifs, notamment ceux rattachés à la musique techno. Ainsi, en 2004-2005, 35 % des personnes interrogées dans ces lieux déclaraient avoir pris de la cocaïne au cours du mois précédant l'enquête. Ils étaient 50 % dans les événements alternatifs (raves, free parties et technivals) et 27 % parmi les personnes fréquentant les clubs ou les bars musicaux. Si l'on considère l'ensemble des consommateurs, 20 % avaient déjà expérimenté le free base mais seuls 6 % en avaient pris récemment [209]. La cocaïne est majoritairement sniffée dans les populations insérées socialement, mais la pratique du « basage » pour une consommation par inhalation semble en expansion [37].

Au cours de la décennie 1990, en particulier la seconde moitié, l'usage de la cocaïne s'est répandu également parmi les usagers de drogues désocialisés, dont les consommations se concentraient jusqu'alors sur l'héroïne. Dès le début des années 2000, elle devient l'une des principales substances de la gamme des produits consommés par les usagers de drogues. Ainsi, en 2010, 41 % des personnes interrogées dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD) ont consommé de la cocaïne au cours du mois précédant l'enquête, sous sa forme chlorhydrate pour 32,7 % d'entre eux et base pour 22,8 % (15,3 % ont consommé du crack et 9,8 % du free base ou chlorhydrate de cocaïne « basé » ou modifié après achat) [33]. Cet usage intervient le plus souvent dans le cadre d'une polyconsommation où les opiacés (héroïne, buprénorphine haut dosage) sont très présents : 82 % des usagers de cocaïne ont également consommé au moins un opiacé dans le mois. Cette sous-population se distingue de celle plus insérée socialement par un recours significatif à l'injection – avec tous les risques de contamination par le virus du sida (VIH) et les hépatites virales (VHC, VHB) que cela implique – et à l'inhalation. Plus de la moitié des usagers des CAARUD (53,3 %) ayant consommé de la cocaïne dans le dernier mois l'a injectée, tandis que 30,9 % ont déclaré l'avoir fumée après transformation en free base et 50,6 % l'avoir sniffée [33].

En 2011, sur l'ensemble des personnes vues pour un problème d'addiction dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), 17,8 % déclaraient avoir consommé de la cocaïne

durant le mois écoulé [182]. Parmi celles pour qui la cocaïne est le premier produit consommé, le mode d'usage le plus couramment utilisé est le sniff pour une grande majorité (64,7 %), puis l'injection (18,5 %), et enfin la voie fumée (15,4 %).

Une position désormais moyenne en Europe

Comparée à celle d'autres pays européens, la consommation de cocaïne en France a longtemps été considérée comme faible. Elle se situe désormais à un niveau moyen en Europe où les plus forts niveaux d'usage se rencontrent à l'ouest et au sud du continent. Cette situation nouvelle résulte d'un double mouvement : une progression régulière des usages dans l'Hexagone et, en parallèle, une stabilisation ou une baisse observée dans les pays les plus consommateurs (Espagne et Royaume-Uni) [90, 179].

Une prise en charge encore rare

La consommation de cocaïne et de crack, qu'elle soit occasionnelle ou chronique, est susceptible d'engendrer de nombreux problèmes sanitaires, psychiques (dépressions, tentatives de suicide, troubles anxieux, etc.) et/ou physiques (infarctus, complications neurologiques). La cocaïne est également à l'origine de dépendances pouvant induire des comportements de recherche et de consommations compulsives du produit mettant en péril l'ancrage social de l'usager. Elle peut provoquer des décès par surdose. Cependant, malgré la diffusion des usages de cocaïne dans la société française, la prise en charge par les dispositifs spécialisés demeure relativement rare. En 2011, dans les CSAPA accueillant en majorité des usagers d'opiacés et de stimulants, la cocaïne et le crack sont cités comme produit posant le plus de problèmes par 5,6 % des personnes admises dans ces structures. Estimé à environ 6 800 en 2011, leur nombre est stable depuis 2005, après avoir connu une croissance significative au cours de la première partie des années 2000 [193].

Parmi l'ensemble des usagers vus dans les CAARUD en 2010, 13,8 % considèrent que c'est la cocaïne ou le crack qui leur pose le plus de problèmes. Cependant, près de la moitié des personnes ayant consommé du crack récemment (48 %) citent celui-ci comme le produit le plus problématique pour eux, alors que les usagers récents de cocaïne ne sont que 16 % à la citer comme substance leur posant le plus de problèmes [33].

Une enquête réalisée en 2007 auprès de divers professionnels de santé fait apparaître que, pour une grande majorité d'entre eux, le niveau de demande relatif à un problème sanitaire engendré par l'usage de cocaïne reste peu élevé [94]. Les demandes de prise en charge interviendraient la plupart du temps lors de situations de crise manifeste (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde). La faiblesse du nombre de personnes suivies pour une addiction à la cocaïne tient notamment à une prise de conscience souvent insuffisante de la part des usagers qu'ils font face à un problème de santé. Elle est aussi liée à la réticence des personnes socialement insérées à fréquenter les CSAPA, qui reçoivent une population encore marquée par la figure du toxicomane précaire dépendant aux opiacés, dans un contexte où la réponse thérapeutique à l'addiction à la cocaïne est encore balbutiante [211].

L'implication de la cocaïne dans les décès par surdose, stable en 2006-2007 (la cocaïne était responsable d'environ 20 % des décès), régresse depuis pour atteindre 7 % en 2011 [46]. Malgré une hausse du nombre global de surdoses, ce recul se traduit vraisemblablement par une diminution absolue du nombre de décès liés à la cocaïne (voir chapitre 3.5).

Un rapport pureté-prix qui pourrait se dégrader

Après avoir chuté de manière importante pendant les années 2000 (autour de 85 euros le gramme en 2000 à 60 euros environ en 2009), le prix de la cocaïne vendue à l'usager tendrait à remonter légèrement : en 2011, il atteindrait près de 65 euros le gramme, voire un peu plus dans les lieux ou événements festifs [105], donnée confirmée en 2012 par les relevés de prix de l'OCRTIS. Parallèlement, alors qu'elle était stable depuis plusieurs années, la teneur moyenne de la cocaïne « de rue » régresse entre 2010 et 2011. La majorité des saisies de rue affiche une pureté située entre 10 % et 20 % pour une moyenne située à 27 % de cocaïne pure, soit 10 points de moins qu'en 2010 [178]. En 2011, les principaux produits de coupage actifs retrouvés dans la cocaïne sont le lévamisole, un antiparasitaire dont la présence est de plus en plus fréquente (71 % des lots saisis contre 0 % en 2004 et 9 % du poids de l'échantillon en moyenne), la phénacétine, antalgique désormais interdit en raison de ses effets néphrotoxiques (39 % des échantillons et 32 % du poids), et la caféine (37 % des échantillons et 13 % du poids). Les autres substances actives retrouvées sont notamment l'hydroxysine, un anxiolytique, et le diltiazem (Tildiem®), un anti-calcique utilisé en cardiologie. Les diluants (non actifs) sont majoritairement des sucres : mannitol, lactose, inositol, etc. [178].

Saisies et interpellations en forte hausse

Depuis 2000, au moins 3 000 personnes (3 926 personnes en 2010) sont interpellées en moyenne chaque année pour usage simple de cocaïne contre 1 500 dans les années 1990. Toutefois, au regard du total des interpellations pour usage, celles liées à la cocaïne ne représentent qu'environ 3 % de l'ensemble, une proportion relativement stable depuis dix ans. En 2010, les interpellations pour usage simple de crack s'élèvent à 753, soit le deuxième niveau le plus élevé observé depuis quinze ans [178].

L'âge moyen des usagers de cocaïne interpellés (29,8 ans) reste stable depuis une dizaine d'années. Celui des consommateurs de crack s'établit à 32,9 ans mais tend à diminuer légèrement depuis quelques années, du fait de l'augmentation de la proportion de mineurs et de jeunes majeurs interpellés [173].

Après le record historique de quasi 11 t de cocaïne en 2011, les saisies de 2012 s'établissent à 5,6 t, un niveau relativement peu élevé au regard des années antérieures [178]. Néanmoins, malgré les disparités observées selon les années, la tendance depuis vingt ans est à la hausse : alors que, dans les années 1990, la moyenne des saisies réalisées sur le territoire français se situait autour de la tonne, elle dépasse régulièrement les 5 t depuis la seconde moitié des années 2000. Ce phénomène témoigne du dynamisme de l'offre, non seulement en France mais en Europe, puisqu'une part importante des saisies réalisées sur le territoire ne fait que transiter vers le nord du continent (tableau 2) [104].

Le nombre de personnes arrêtées pour trafic et usage-revente de cocaïne en 2010 s'élève à 2 452, le niveau le plus faible depuis 2005. Néanmoins, le nombre moyen des usagers-revendeurs et des trafiquants locaux interpellés au cours des années 2000 est trois à quatre fois plus élevé que dans les années 1990 [98].

S'agissant du crack, que ce soit en termes de quantités saisies ou d'interpellations pour usage-revente et trafic, les ordres de grandeur sont

Tableau 2 - Évolution des quantités saisies de cocaïne et de crack (en kg), 2000-2011

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cocaïne	1 311	2 096	3 651	4 172	4484	5185	10 166	6 578	8 214	5 211	4 125	10 834
Crack	22	6	7	12	17	10	8	6	12	12	14	13

Source : OSIRIS (OCRTIS)

beaucoup plus faibles. Ainsi, les saisies s'élevaient à 13 kg en 2011 tandis que les interpellations pour usage-revente et trafic atteignaient 334 en 2010 [178].

Des perceptions divergentes

En matière d'image du produit, il est nécessaire de distinguer les usagers de la population générale. Pour celle-ci, l'enquête EROPP fait apparaître que 9 Français sur 10 (voir chapitre 1.2) considèrent que la consommation de cocaïne est dangereuse, et ce dès le premier usage. Cette appréciation négative est stable depuis 2002 [1]. En revanche, il n'en va pas de même pour les usagers. En effet, la diffusion du chlorhydrate de cocaïne en France depuis une quinzaine d'années a été favorisée, notamment, par l'image globalement positive dont il bénéficie auprès des consommateurs, image associée au monde de la fête et à la réussite sociale. Cependant, il semblerait que depuis 2010 une certaine dégradation de l'image de la cocaïne soit perceptible, en particulier parmi les usagers les plus expérimentés. Cette évolution, qui reste à confirmer, tiendrait à plusieurs facteurs : la prise de conscience des effets nocifs à long terme de l'usage ; la faible qualité globale du produit qui circule en France ; et son prix, qui ne diminue plus depuis cinq ans, voire qui augmente. En revanche, le crack conserve au fil des ans une image négative, associée notamment aux populations marginalisées qui le consomment. Ce n'est toutefois pas le cas pour la cocaïne base achetée sous l'appellation « free base ». Ce phénomène, paradoxal dans la mesure où « crack » et « free base » constituent deux noms différents d'un même produit, tient essentiellement à la nature du public qui consomme le free base et à son mode d'obtention. Ses usagers sont en effet très éloignés de la figure du toxicomane de rue et relèvent de catégories plus intégrées socialement, fréquentant essentiellement l'univers festif alternatif. En outre, le free base étant obtenu dans le cadre d'une autoproduction, beaucoup d'usagers sont persuadés de consommer un produit plus pur et de meilleure qualité, dissocié aussi de l'univers dévalorisé du deal de rue [37].

Repères méthodologiques

Baromètre prix TREND ; Baromètre santé ; Base nationale STUPS ; DRAMES ; EROPP ; ESCAPAD ; Étude « Usages problématiques de cocaïne et de crack : quelles interventions pour quelles demandes ? » ; Étude « Usagers cachés de cocaïne » ; OEDT ; OSIRIS ; Rapports d'activité des CSAPA ; RECAP ; TREND ; TREND Enquête « Quanti festif ».

9.4
Hallucinogènes naturels et synthétiques

Agnès Cadet-Taïrou, Sayon Dambélé

Les substances hallucinogènes provoquent des distorsions des perceptions visuelles, auditives, spatiales et temporelles et de la perception de soi-même. Elles sont présentes dans certains végétaux (hallucinogènes naturels), ou produites chimiquement (hallucinogènes synthétiques).

Les principales substances hallucinogènes naturelles consommées sont contenues dans les champignons hallucinogènes. Ceux-ci peuvent pousser en France (principalement les psylocybes) ou être exotiques (mexicains, hawaïens, colombiens…). Les plantes hallucinogènes ou les préparations à base de plantes comme la Salvia divinorum, la plus consommée après les champignons, le Datura stramonium, l'ayahuasca, l'iboga, la rose des bois ou encore le peyotl connaissent une diffusion nettement plus modeste. La plupart des principes psychoactifs de ces plantes sont inscrits, en France, sur la liste des stupéfiants, à l'exception notable de la salvinorine A, présente dans la Salvia [206].

Les hallucinogènes synthétiques les plus connus, beaucoup moins consommés que les champignons, sont [38] :

- le LSD, ou acide lysergique, parfois appelé « trip » ou « acide », que l'on trouve, le plus souvent, directement sous forme liquide (« goutte ») ou déjà déposé sur un buvard. Il s'agit d'un stupéfiant.
- la kétamine, substance utilisée comme anesthésique vétérinaire et humain, qui entraîne, à dose modérée, des effets euphorisants et une ébriété particulière, « cotonneuse », et, à dose plus forte, des hallucinations mais aussi des effets dissociatifs (sensation de rupture de l'unité psychique et corporelle). On la trouve sous forme liquide ou « cuisinée » sous forme de poudre. Elle est classée comme stupéfiant.
- le GHB (gamma-hydroxy-butyrate), substance anesthésique, d'abord euphorisante, puis sédative et amnésiante, ou son précurseur, le GBL

(gamma-butyrolactone), un solvant industriel, transformé en GHB par l'organisme après absorption. Si seul le GHB est classé sur la liste des stupéfiants, le GBL est interdit à la vente et à la cession au public depuis septembre 2011.

D'autres produits synthétiques, plus confidentiels, présentent des propriétés hallucinogènes, en général associées à des effets stimulants, tels le 2C-B par exemple. C'est le cas notamment d'un grand nombre des nouveaux produits de synthèse (voir chapitre 9.8) [149].

Des substances surtout essayées par les plus jeunes

Les champignons hallucinogènes, même si leur usage reste faible en population générale adulte, sont parmi les produits illicites les plus expérimentés après le cannabis par les moins de 30 ans. En 2010, seules 3,2 % des personnes âgées de 18-64 ans en ont déjà consommé au moins une fois dans leur vie (4,9 % chez les hommes et 1,6 % chez les femmes), mais ce niveau est plus élevé (6,7 %) chez les 26-34 ans, traduisant ainsi un fort phénomène générationnel (tableau 1) [12]. La consommation au cours de l'année ne concerne, quant à elle, pas plus de 0,2 % des 18-64 ans. Elle est maximale entre 18 et 25 ans (0,9 %).

L'expérimentation du LSD en population générale est encore plus faible (1,8 % des 18-64 ans en 2010). Là encore, ce sont les jeunes générations qui l'ont le plus fréquemment essayé, la part la plus importante étant celle observée chez les 26-34 ans (3,4 %). L'usage au cours de l'année passée ne concerne que 0,2 % des 18-64 ans, dont 0,6 % des 18-25 ans, classe d'âge la plus consommatrice.

L'usage des autres hallucinogènes (naturels et synthétiques) n'est pas assez répandu en France pour être appréhendé par l'intermédiaire des enquêtes en population générale.

Tableau 1 - Fréquence de l'expérimentation de champignons hallucinogènes et de LSD selon l'âge et le sexe parmi les 18-64 ans (%), en 2010

	18-64 ans	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Champignons hallucinogènes	3,2	4,9	6,7	3,0	1,9	0,5	4,9	1,6
LSD	1,8	2,1	3,4	1,4	1,3	0,9	2,7	0,9

Source : Baromètre santé 2010 (INPES)

Parmi les jeunes de 17 ans interrogés en 2011, 3,5 % ont déjà expérimenté les champignons hallucinogènes et 1,7 % le LSD, les garçons apparaissant deux fois plus expérimentateurs que les filles pour ces deux substances [222]. En revanche, l'usage de kétamine ou de GHB/GBL reste extrêmement confidentiel dans cette population (tableau 2).

Tableau 2 - Fréquence de l'expérimentation de champignons hallucinogènes et de LSD à 17 ans selon le sexe (%), en 2011

	Garçons	Filles	Ensemble
Champignons hallucinogènes	4,8	2,1	3,5
LSD	1,7	0,9	1,3
Kétamine	0,6	0,5	0,6
GHB	0,5	0,5	0,5

Source : ESCAPAD 2011 (OFDT)

L'expérimentation des champignons hallucinogènes chez les jeunes adultes (18-25 ans) connaît une légère hausse entre 2005 et 2010 (de 2,8 % à 3,2 %), classe d'âge courante des premières prises, mais l'usage au cours de l'année passée et l'expérimentation chez les jeunes de 17 ans sont stables. Les autres mesures ne montrent pas d'évolution significative [12, 19, 156, 222].

Consommations en espace festif et dans les milieux initiés

Attrait dans l'espace alternatif

Les substances hallucinogènes sont essentiellement consommées dans les espaces festifs dits « alternatifs » de type free parties, rave parties et « zones off » des festivals, ou dans les espaces privés [206, 210]. Une étude menée en 2004-2005 auprès de la population rencontrée dans les espaces festifs orientés vers la musique techno montre l'intérêt particulier porté dans ces milieux aux substances hallucinogènes : les champignons hallucinogènes y ont été expérimentés par 54,9 % des personnes interrogées, le LSD par 45,4 % et la kétamine par 16,4 % (tableau 3). La part des expérimentateurs est maximale dans l'espace alternatif où huit répondants sur dix ont déjà consommé des champignons hallucinogènes – autant que la cocaïne –, alors que l'expérimentation apparaît moindre dans les clubs. Les usages restent plus souvent occasionnels

que ceux d'autres substances. Seules 12,4 % des personnes rencontrées avaient consommé des champignons au cours du mois passé, les chiffres correspondants pour le LSD et la kétamine étant respectivement de 10,5 % et 2,3 % [210].

Tableau 3 - Fréquence de l'expérimentation et de l'usage récent de substances hallucinogènes parmi les usagers de l'espace festif « techno »

	Expérimentation (%)		Usage récent (%)	
	Population fréquentant l'espace festif techno	Sous-population de l'espace alternatif	Population fréquentant l'espace festif techno	Sous-population de l'espace alternatif
Champignons hallucinogènes	54,9	81,1	12,4	24,8
LSD	45,4	71,4	10,5	23,5
Kétamine*	16,4	23,1	2,3	6,5

* Depuis 2004, année de réalisation de l'enquête, la situation, s'agissant de la kétamine, a probablement évolué compte tenu de sa diffusion croissante.

Source : Enquête « Quanti-festif » 2004-2005 (TREND/OFDT)

Des profils d'usagers diversifiés

Les enquêtes ethnographiques permettent de cerner différents profils de consommateurs que l'on peut schématiquement présenter [38, 210] :

- des usagers bien insérés socialement, plus âgés que les usagers habituels de psychotropes, consommant dans un cadre privé et connaisseurs des substances hallucinogènes naturelles, utilisées dans le cadre de démarches mystiques (Salvia divinorum et ayahuasca surtout) ;
- les usagers de l'espace festif techno alternatif (teknival, free parties) : ce sont de jeunes adultes (18-30 ans), souvent marginaux, issus de la culture alternative techno et qui recherchent la radicalité des effets de ces substances (LSD, kétamine), ou encore des usagers plus jeunes, relativement insérés, qui fréquentent cet espace et expérimentent, en contexte festif, toute substance disponible ;
- une population essentiellement masculine, plutôt jeune (moins de 25 ans), en situation de grande précarité, engagée dans une polyconsommation abusive (kétamine surtout, datura). Parmi eux, quelques-uns peuvent être consommateurs quotidiens de kétamine ;
- enfin, un ensemble constitué de jeunes en errance, garçons et filles, que l'on retrouve dans les centres urbains, mais qui fréquentent éga-

lement l'espace festif en quête d'affiliation alternative. Ils consomment notamment de la kétamine, dans le cadre d'un polyusage important.

Le GHB/GBL occupe une place à part. Consommé dans certains clubs en contexte festif pour l'ivresse qu'il procure, mais surtout en privé, pour modifier les sensations lors des relations sexuelles, il est essentiellement utilisé par des hommes fréquentant certains milieux gays. Ceux-ci sont également amateurs de kétamine ou encore de nouveaux produits de synthèse. En revanche, la consommation du GHB/GBL par de jeunes « fêtards », trouvant dans cette substance une alternative peu onéreuse à l'alcool qu'ils consomment habituellement, constitue une pratique qui a émergé vers 2008, mais semble devenue très rare.

Bien que leur usage constitue la marque d'un passage par l'espace festif, les hallucinogènes s'intègrent également dans l'éventail des consommations d'une partie des personnes souvent marginalisées qui fréquentent les structures d'accueil et de réduction des risques pour les usagers de drogues. Ainsi, parmi les usagers des CAARUD interrogés fin 2010, 12,9 % ont consommé un hallucinogène au cours du mois précédent : 7,7 % du LSD, 6,5 % de la kétamine et 5,6 % des plantes ou des champignons hallucinogènes [33].

La kétamine, un produit qui « gagne » du terrain

L'image de la kétamine, souvent catégorisée par les amateurs de psychotropes comme un anesthésique vétérinaire « destiné aux chevaux et aux éléphants », est classiquement celle d'un produit fort aux effets difficilement contrôlables. Restée longtemps, de ce fait, l'apanage d'une frange d'usagers expérimentés (les travellers), emblématiques de la contre-culture techno, elle suscite, depuis la fin des années 2000, un intérêt croissant de la part des usagers récréatifs de drogues en milieu festif où elle est de plus en plus perçue comme un produit simplement ludique.
La kétamine est consommée en majorité dans les milieux alternatifs technos, mais parfois également en club ou en discothèque. Certains usagers, à la recherche d'expériences extrêmes de dissociation entre le corps et l'esprit (décorporation, expérience de mort imminente, K-hole…) ou de voyages hallucinatoires, la prennent à forte dose, d'autres, souhaitant juste expérimenter la sensation d'ébriété qu'elle procure, la consomment à doses plus faibles.
Comme celle du LSD, la diffusion de la kétamine reste cependant limitée par la crainte qu'elle suscite auprès de nombreux usagers de drogues, même si certains usagers aguerris pensent avoir « domestiqué » son usage [37, 106].

Hétérogénéité des modes d'usage

Les modes d'usage des substances hallucinogènes dépendent de la nature du produit. Les champignons hallucinogènes, comme la plupart des plantes, sont ingérés (mâchés frais ou séchés, crus ou cuits) ou consommés en infusion ou en décoction. La Salvia fait exception puisqu'elle est plutôt inhalée à chaud à l'aide d'un bang ou d'une pipe [206]. Le sniff est le mode d'usage le plus répandu de la kétamine, qui est également consommée par injection intramusculaire lorsque des effets radicaux sont recherchés. Le LSD est surtout ingéré sous la forme « buvard » ou « goutte », plus rarement pris par voie oculaire sous la forme de micro-pointe posée sur l'œil. Le GBL/GHB est bu dilué, souvent dans du sirop pour en masquer le goût désagréable.

Conséquences de l'usage : pas de données quantitatives

La part des patients pris en charge dans les structures sanitaires et sociales pour un problème principalement en lien avec une consommation d'hallucinogènes est très faible (0,2 % en 2011) [182]. Seuls 0,5 % des usagers des CAARUD en 2010 déclarent les hallucinogènes comme étant le produit consommé au cours des 30 derniers jours leur posant le plus de problèmes [33].

Le plus souvent, les hallucinogènes n'entraînent, en effet, ni dépendance ni tolérance, notamment du fait de leur consommation en séquences relativement espacées ; cependant, l'une et l'autre sont observées chez des usagers quotidiens de kétamine.

Les décès enregistrés directement liés à la prise de substances hallucinogènes sont rares. Les effets négatifs évoqués par les usagers sont surtout les *bad trips* décrits comme des malaises « à tonalité cauchemardesque » accompagnés d'angoisse, qui surviendraient en général lors de prises dans un contexte non optimal (personne fatiguée ou espace trop confiné par exemple) [206]. Des effets durables, parfois sur plusieurs jours (usagers « scotchés » ou « perchés »), mais aussi des risques avérés d'accidents ou d'actes inconsidérés liés au vécu délirant sont également mentionnés. Concernant la kétamine, les traumatismes ou blessures que les usagers découvrent après une séquence de consommation (du fait de son effet anesthésiant) constituent en outre un risque accompagnant son usage. Enfin, certains usagers font état des risques de soumission chimique qui peuvent être présents, même en cas de prise volontaire du produit.

Les expériences de consommation d'hallucinogènes sont décrites par des usagers comme pouvant être traumatisantes (« impression de plonger dans la folie »), surtout lorsque les conséquences ressenties n'ont pas été recherchées. C'est particulièrement le cas s'agissant des effets dissociatifs de la kétamine. Enfin, compte tenu d'une variabilité importante des effets d'un individu à l'autre et d'un dosage difficile à adapter, kétamine et GHB/GBL entraînent très facilement la survenue de comas – parfois recherchés par les usagers –, surtout en association avec l'alcool (K-hole ou G-hole) [37, 38, 106].

Les prises régulières de kétamine déclenchent divers problèmes de comportement et seraient susceptibles de conduire à des troubles urologiques [233].

Saisies et interpellations rares

En France, les nombres de saisies et d'interpellations pour usage simple et trafic ou usage-revente de substances hallucinogènes sont très faibles [177]. En effet, celles-ci ne font pas l'objet d'un trafic organisé ou de grande ampleur comme d'autres substances illicites : les champignons hallucinogènes sont cueillis dans les campagnes françaises, ou font l'objet d'autoculture à l'aide de kits achetés par Internet sur des sites spécialisés. Les champignons exotiques, comme la plupart des plantes, sont également essentiellement achetés par ce biais et leur vente en milieu festif reste occasionnelle. Même si sa disponibilité dans le milieu festif alternatif devient plus régulière depuis la fin des années 2000 (pour un prix moyen de 40 à 50 euros le gramme de poudre), la kétamine, majoritairement importée, ne fait pas l'objet d'un marché structuré. Il en va de même pour le LSD, dont la dose s'acquiert, quelle que soit sa forme, pour environ 11 euros. Quant au GHB/GBL, peu consommé, il est également disponible par Internet. Pour ce dernier, comme pour les plantes et champignons, la rareté ou le caractère confidentiel des transactions hors réseau Internet ne permettent pas d'estimer de prix moyen. Ainsi, les quantités saisies, qui connaissent une part importante de variation aléatoire d'une année sur l'autre, ne sont pas réellement représentatives de la présence des substances sur le territoire national. En outre, ces substances hallucinogènes échappent aux kits utilisés lors des contrôles routiers [38].

Les données des services de l'application de la loi concernant les champignons hallucinogènes semblent globalement en baisse entre 2005 et 2009, après une période ascendante. Les interpellations pour usage

simple sont passées de 269 à 66, celles pour usage-revente et trafic de 35 à 7 et les saisies de 26,3 kg à 18,2 kg. On observe en 2010 la survenue d'un pic concernant le volume de champignons saisis (213,8 kg) et d'un accroissement plus modeste du nombre d'interpellations pour usage simple [178].

Les interpellations pour usage simple de LSD sont, après une période de croissance, également en recul depuis 2008 (de 94 cas à 59 cas en 2010), de même que celles pour usage-revente et trafic (de 41 à 14). Les quantités saisies de LSD s'élèvent à 28 411 « supports » en 2010 et ne permettent pas de déterminer de tendance claire, les quantités saisies, erratiques, n'étant pas toutes destinées au marché local français. C'est également le cas des saisies de kétamine qui fluctuent en France depuis 2006. À part la prise exceptionnelle de 2008 (65,5 kg), les saisies de kétamine se situent entre 2 kg et 14 kg. Les saisies de GHB ont atteint un maximum de 2 litres en 2010. Pour ces deux substances, les interpellations sont rares ou même inexistantes selon les années [178].

Repères méthodologiques

Baromètre santé ; DRAMES ; ENaCAARUD ; ESCAPAD ; OSIRIS ; RECAP ; SINTES ; TREND ; TREND Enquête « Quanti festif » ; TREND Étude « Usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes ».

9.5 Héroïne et autres opiacés

Agnès Cadet-Taïrou, Sayon Dambélé

Les opiacés constituent une famille de produits dérivés de l'opium, substance provenant de la culture du pavot. La morphine (ou sulfate de morphine) est le produit de référence de cette famille et le terme opiacé désigne aujourd'hui l'ensemble des substances ayant un effet de type morphinique. Certains opiacés sont produits de façon semi-synthétique, comme l'héroïne et la buprénorphine haut dosage (BHD), ou totalement synthétique comme la méthadone. Tous les opiacés présentent un très fort potentiel de dépendance physique qui se traduit par un syndrome de sevrage (état de manque) à l'arrêt, limité dans le temps (une semaine environ), mais aussi de dépendance psychique qui peut persister des années [212].

En France, les opiacés se rencontrent sous diverses formes : tout d'abord comme substances illicites, produites clandestinement, telles que l'héroïne, l'opium ou le rachacha. L'héroïne, dont l'action est très rapide et l'effet beaucoup plus puissant que celui de la morphine, reste l'opiacé le plus recherché en tant que drogue. Mais il existe également une gamme de médicaments à base d'opiacés qui sont produits légalement par des laboratoires pharmaceutiques. On peut distinguer dans ce cas deux grands types d'utilisation. D'une part, les médicaments indiqués pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres analgésiques (codéine, sulfates de morphine) ; d'autre part, les médicaments de substitution aux opiacés (MSO : méthadone et BHD). Grâce à leur action prolongée, ces derniers permettent aux personnes dépendantes aux opiacés de mener une vie normale avec une prise de médicament par jour. Bien que les effets ressentis par l'usager soient beaucoup moins intenses que ceux de l'héroïne (ils ne provoquent pas d'effet « flash »,

c'est-à-dire de montée rapide et intense du plaisir ressenti), ces médicaments opiacés font parfois l'objet d'usage en tant que drogues (voir chapitre 3.2). Des dépendances peuvent également survenir à la suite d'un traitement antidouleur prolongé par des médicaments opiacés, y compris chez des personnes non consommatrices de drogues [37, 38, 65, 93].

Très peu d'expérimentations en population générale

En 2010, on estime que 500 000 personnes ont pris de l'héroïne au moins une fois au cours de leur vie, soit 1,2 % de l'ensemble de la population âgée de 18 à 64 ans (1,9 % chez les hommes et 0,6 % chez les femmes). Parmi elles, 90 000 personnes, soit 0,2 % de la population, en ont consommé dans l'année [12]. Reflet d'une diffusion persistante, le niveau d'expérimentation est en hausse significative par rapport au début des années 2000 (0,7 % en 2000 et 0,8 % en 2005). L'usage des médicaments de substitution au cours de la vie, encore plus rare, est difficilement observable par les enquêtes réalisées auprès de l'ensemble de la population. Quant aux jeunes de 17 ans, la proportion d'expérimentateurs d'héroïne, après une hausse entre 2005 et 2008, diminue, passant de 1,1 % en 2008 à 0,9 % en 2011 [222].

Une diversification des consommations chez les usagers de drogues

Les opiacés occupent une place importante dans les consommations des usagers actifs de drogues : en 2010, plus de 70 % de ceux accueillis dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD) ont consommé au moins un opiacé au cours du mois. Cependant, contrairement à la situation des années 1980, ce type de substances et notamment l'héroïne ne constituent plus l'essentiel des produits consommés, mais s'intègrent à la palette de ceux alimentant le polyusage [38] (tableau 1). Ainsi, parmi les 31,3 % d'usagers des CAARUD qui consomment de l'héroïne au cours d'un mois donné, moins d'un quart en prend quotidiennement. Dans cette population, la BHD est le produit le plus consommé (39,5 %), dans une visée thérapeutique ou non, après le cannabis (71,7 %) et l'alcool (63 %) [33]. En effet, parmi ces usagers actifs, la buprénorphine est également fréquemment consommée comme une drogue ou pour éviter un syndrome de sevrage entre deux consommations d'héroïne, en particulier parmi les jeunes polyusagers précaires (jeunes en errance) et les usagers les plus pauvres et les plus

désocialisés. Cette situation découle notamment de la forte disponibilité du produit et de son faible coût sur le marché illicite (environ 5 euros le comprimé en moyenne). Ce type d'usage est moins fréquent pour la méthadone, même si ce produit est de plus en plus accessible sur le marché parallèle, permettant en particulier à une part croissante des usagers d'opiacés d'entamer une autosubstitution avant de s'adresser au dispositif de soins [37]. La consommation d'opiacés parmi les usagers récréatifs fréquentant le milieu festif techno n'a pas été quantifiée récemment, mais les observations de terrain font état d'une progression. En 2004-2005, 23 % des personnes fréquentant l'espace festif techno avaient déjà expérimenté l'héroïne et 8 % en avaient consommé au cours du mois précédant l'enquête. Ces niveaux atteignaient respectivement 41 % et 15 % concernant les événements musicaux alternatifs (raves, free parties et teknivals) [210].

Tableau 1 - Fréquence de l'usage d'opiacés parmi les usagers des structures socio-sanitaires, 2010-2011 (en %)

	CAARUD[1] Mois précédant l'enquête 2010	CSAPA[2] Semaine précédant l'enquête 2011
Héroïne	31,3	10,0
BHD	39,5	26,0
Méthadone	28,1	59,0
Sulfate de morphine	14,9	-
Codéine	5,4	-

Sources : [1] ENaCAARUD 2010 (OFDT), [2] OPPIDUM 2011 (ANSM)

Développement des alternatives à l'injection chez les nouveaux usagers

Le mode d'administration prédominant de l'héroïne pour les usagers vus dans les structures de réduction des risques reste l'injection. En 2010, la part des usagers d'héroïne fréquentant les CAARUD qui ont injecté cette substance au cours du mois atteint 60 % mais diminue progressivement au profit du sniff (42,0 %) et de l'inhalation à chaud (absorption par voie pulmonaire des vapeurs d'héroïne), aussi appelée « chasse au dragon » (28,9 %) [33]. Parmi les usagers pris en charge en

centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou en médecine de ville, c'est désormais la voie nasale qui apparaît prépondérante pour consommer l'héroïne (69 % des usagers au cours de la dernière semaine en 2011), alors que l'injection et l'inhalation en concernent respectivement 23 % et 22 % [47]. Le sniff, pratique qui s'est notamment répandue dans les milieux festifs techno, constitue actuellement la voie d'entrée la plus fréquente des jeunes usagers dans la consommation d'héroïne. La chasse au dragon se diffuse quant à elle comme un mode d'usage alternatif à l'injection dont elle permet d'approcher les effets, tout en évitant la dégradation des veines et les risques infectieux (voir ci-dessous) [37, 38].

Les patients vus dans un cadre de soins consomment en général la BHD par la voie sublinguale, ainsi que le prévoit le protocole thérapeutique. Cependant, une part des patients traités ne peut renoncer à l'injection ou au sniff, voire à l'inhalation à chaud, à l'instar des usagers qui la prennent en tant que drogue [39]. La méthadone est en règle générale avalée, même si des cas d'injection sont décrits. Le sulfate de morphine est presque toujours injecté.

Des dommages sanitaires et sociaux graves

Outre les pathologies liées au mode de consommation et les risques de contamination par le VIH, le VHC et le VHB, l'usage d'héroïne et d'autres opiacés induit une très forte dépendance physique et psychique, ainsi que des risques de surdose, en particulier en cas d'association avec de l'alcool ou des benzodiazépines. En 2010, parmi les usagers actifs qui fréquentent les CAARUD, 43 % considèrent que c'est un opiacé qui leur pose le plus de problèmes : d'abord la BHD, puis l'héroïne, le sulfate de morphine et enfin la méthadone [33].

Les conséquences de l'usage problématique d'opiacés conduisent une partie des usagers de drogues à avoir recours au système de soins spécialisé en addictologie (CSAPA, consultations hospitalières, équipes de liaison spécialisées et unités de sevrage) ou aux médecins généralistes en médecine de ville.

Parmi les personnes vues dans les CSAPA accueillant majoritairement des usagers de drogues illicites en 2011, près de 40 % sont prises en charge à titre principal pour un problème de consommation d'opiacés [182]. Cette part s'élève à 66 % si l'on se réfère aux seules drogues illicites hors cannabis consommé exclusivement. Dans 77 % des cas,

c'est l'héroïne qui est principalement en cause. Il s'agit de la BHD dans 12 % des cas, de la méthadone ou du sulfate de morphine chacun dans 5,5 % des cas.

Le nombre total de personnes traitées dans un CSAPA en raison de leur consommation d'opiacés est estimé à 53 000 en 2010. Ce nombre a augmenté d'un tiers entre 2006 et 2010, du fait de la prolongation importante des durées de suivi (à compter en dizaines d'années pour certains), alors que, parallèlement de nouvelles personnes sont prises en charge [193].

Par ailleurs, on estime à 110 000 le nombre total de patients dépendants aux opiacés vus par les médecins de ville en 2009. Ceux-ci ont reçu en moyenne 1,8 patient dépendant aux opiacés en 2009, contre 1,6 en 2003 [110].

Des usagers d'opiacés peuvent aussi être accueillis à l'hôpital pour des soins en addictologie dans les structures spécialisées citées plus haut. Bien que très parcellaires sur cette question, les statistiques hospitalières tendent à refléter le faible recours actuel à la cure de sevrage en cas de dépendance aux opiacés : en 2011, le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) a en effet enregistré 1 900 séjours hospitaliers (un seul patient pouvant effectuer plusieurs séjours) avec un diagnostic principal de troubles du comportement liés à la consommation d'opiacés et 1 600 séjours avec un diagnostic principal de polytoxicomanie, incluant vraisemblablement des usages d'opiacés.

Les prescriptions de médicaments de substitution constituent également un indicateur des problèmes de dépendance liée aux opiacés (voir chapitre 3.2).

Les opiacés restent les principales substances à l'origine des décès par surdose (87 % des décès en 2010) et cette part s'est accrue au cours des dernières années (76 % en 2006). L'augmentation du nombre annuel des décès liés aux opiacés (héroïne, méthadone et, dans une moindre mesure, BHD) est en effet à l'origine de la reprise de la hausse des surdoses mortelles depuis le début des années 2000, après la forte diminution enregistrée dans la seconde moitié des années 1990. En 2010 et 2011, alors que la part de l'héroïne diminue après un pic en 2009, celle des opiacés médicamenteux (méthadone surtout) est en nette augmentation. Ces substances sont responsables de près de 8 surdoses mortelles sur 10 en 2011, contre 4 sur 10 en 2006 [46].

Ce sont également les opiacés qui sont majoritairement mentionnés et mis en cause (dans 43 % des cas) en 2010 par les usagers des CAARUD dans les pertes de connaissance non mortelles subies au cours de l'année précédente : l'héroïne dans 24 % des cas, le sulfate de morphine dans 10 % des cas, de même que les MSO. Les produits associés sont en majorité l'alcool et les benzodiazépines (anxiolytiques ou hypnotiques) [33].

Nouveaux usages et nouveaux usagers d'héroïne

Depuis le début des années 2000, les observations ethnographiques différencient deux catégories principales de consommateurs d'héroïne : les usagers concernés par une consommation « traditionnelle », et ceux pratiquant plutôt un usage récréatif de l'héroïne. Les premiers ont le plus souvent recours à l'injection. Ils peuvent être, d'une part d'« anciens » héroïnomanes, une population très masculine âgée en général de plus de 35 ans (voire 40 à 50 ans). Ces usagers bénéficient le plus souvent d'un TSO et reviennent à l'héroïne, en alternance avec la prise du traitement [37]. Il s'agit d'autre part d'usagers « précaires » se trouvant dans des situations de grande fragilité sociale et économique (jeunes polyusagers en errance, hommes migrants, notamment d'Europe centrale et orientale, ou encore personnes souffrant de pathologies psychiatriques et marginalisées), dont la consommation d'héroïne, occasionnelle, est essentiellement conditionnée par les rentrées d'argent [39].

La majorité des usagers « récréatifs » d'héroïne sont de jeunes adultes (urbains ou ruraux) qui entament un usage intermittent du produit, dans un cadre festif alternatif, souvent pour adoucir la descente lors d'épisodes de consommation de stimulants. D'autres usagers, très intégrés dans la société (milieu très aisé, bien insérés professionnellement), qui la consomment pour ses effets intrinsèques (euphorie, plaisir…), constituent actuellement un groupe émergent. Si la majorité d'entre eux n'est pas dépendante, des passages à ce type d'usage sont de plus en plus rapportés par les professionnels du soin [37, 38]. Dans ces groupes, l'héroïne est très majoritairement sniffée et parfois fumée.

Cette « conquête » de nouveaux usagers est largement favorisée par l'amélioration et la dédramatisation de l'image de l'héroïne parmi les consommateurs récréatifs de drogues [107]. Les nouveaux modes d'administration amoindrissent la crainte des risques et des dangers majeurs marquant l'image de l'héroïne dans les années 1980 (surdoses, sida, dépendance). Ces nouveaux usagers ont une meilleure perception du produit et associent, à tort, le risque de surdose exclusivement à l'injection. La disponibilité des traitements de substitution fait en outre figure, pour certains, de filet de sécurité.

Large disponibilité mais piètre qualité de l'héroïne circulant en France

En France, l'héroïne est de plus en plus disponible depuis la seconde partie de la décennie 2000, après avoir connu, pendant presque dix ans, un effondrement relatif de son marché à la suite de la diffusion des traitements de substitution [64]. Cette forte disponibilité repose notamment sur l'essor des micro-réseaux d'usagers-revendeurs qui s'approvisionnent dans les pays limitrophes (Pays-Bas, Belgique, Espagne), où le gramme de produit est beaucoup moins cher qu'en France. Ce phénomène joue un rôle majeur dans la diffusion actuelle de la substance sur le territoire national, tant dans les petites villes de province que dans les zones rurales [37, 103, 105, 107].

Le prix de détail moyen du gramme d'héroïne brune, la plus disponible en France, a fortement chuté au cours des années 2000 : 60 euros au début des années 2000, 45 euros en 2007-2008, autour de 40 euros en 2011 [105, 148].

La qualité de l'héroïne qui circule est jugée médiocre par la plupart des usagers, quelques-uns seulement accédant à une héroïne plus pure par le biais de réseaux réservés aux « initiés » [37]. Pour autant, la pureté en héroïne dans les échantillons est souvent surévaluée par les usagers, qui la chiffraient en moyenne, en 2008, à 22 %, alors qu'elle se situait autour de 8 % (graphique 1) [148]. L'enquête SINTES-héroïne 2011 fait état de taux situés entre 5,1 % et 9,3 %. La même année, la teneur moyenne des saisies (à 94 % d'héroïne brune, l'héroïne blanche étant minoritaire) ne dépasse pas 8 %, celle des saisies « de rue » (c'est-à-dire inférieures à 10 g selon les critères de l'OCRTIS) n'atteignant que 6 %. La pureté moyenne de l'héroïne saisie, qui a atteint un haut niveau en 2009, en particulier du fait de la circulation de lots d'héroïne très pure (> 50 %), a régressé fortement entre 2010 et 2011. Ces lots, qui représentaient 3 % des saisies de rue et 12 % des saisies de plus de 1 kg en 2010, ont disparu pour les unes et chuté à 3 % pour les autres [178].

En 2008, un échantillon moyen de l'étude SINTES comprenait 40 % de paracétamol (antalgique), 20 % de caféine (excitant) et 9 % d'héroïne, la part restante étant composée de substances pharmacologiquement inactives (amidon, glucoses) [148]. Depuis quelques années, des lots coupés avec une benzodiazépine, l'alprazolam (Xanax®), ont plusieurs fois été retrouvés, en particulier à l'occasion de surdoses fortement favorisées par cette association [79].

Graphique 1 - Évolution de la pureté moyenne des saisies analysées en héroïne base, de 2000 à 2011 (en %)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
17	16	11	10	11	11	12	12	11	14	13	8

Source : OSIRIS (OCRTIS)

S'agissant des opiacés médicamenteux, leur disponibilité sur le marché parallèle est en lien avec la quantité de prescriptions et les contrôles exercés par les caisses d'assurance maladie (voir chapitre 3.2). La BHD est le médicament le plus accessible, la méthadone l'est proportionnellement moins, dans la mesure où elle fait l'objet de reventes plus « artisanales ». L'accès au sulfate de morphine, dont la prescription est particulièrement restreinte, est un phénomène géographiquement hétérogène et l'absence de marché de rue dans la majorité des cas limite son acquisition aux proches d'un patient le recevant par prescription [38, 128].

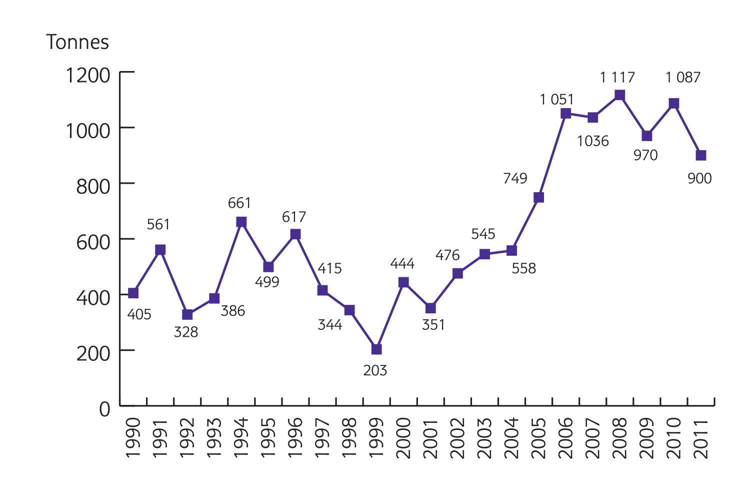
Stabilisation des interpellations et des saisies depuis 2008

Après avoir été divisé par quatre entre 1994 et 2003 (passant de 13 457 à 3 258) avec l'autorisation de mise sur le marché des traitements de substitution, le nombre des interpellations pour usage simple d'héroïne est reparti à la hausse jusqu'en 2008, augmentant de 240 %, pour atteindre 7 827 interpellations. Depuis, la tendance s'infléchit et pourrait même s'avérer décroissante (7 255 interpellations en 2010) [178].

La courbe des interpellations pour usage-revente et trafic connaît les mêmes évolutions : elle a atteint un maximum de 7 624 en 1996 puis un minimum de 1 574 en 2001, avant de se redresser jusqu'en 2008 (3 792) pour, enfin, se stabiliser (3 382 en 2010).

Les saisies d'héroïne sont stables, voire décroissantes depuis 2008, où elles ont dépassé la tonne, après avoir été multipliées par plus de 4 depuis 1999 [37]. Cette inflexion pourrait marquer le début d'une période de moindre disponibilité d'héroïne, voire d'une demande inférieure, compte tenu de la faible pureté du produit qui circule (graphique 2) [178].

Graphique 2 - Évolution des saisies d'héroïne entre 1990 et 2011



Source : OSIRIS (OCRTIS)

Repères méthodologiques

Baromètre prix TREND ; Baromètre santé ; Baromètre santé médecins généralistes ; Base nationale STUPS ; DRAMES ; ENaCAARUD ; ESCAPAD ; OPPIDUM ; OSIRIS ; PMSI ; Rapports d'activité des CSAPA ; RECAP ; SINTES ; SINTES Observation héroïne ; TREND ; TREND Enquête « Quanti festif ».

9.6
MDMA (ecstasy) et amphétamine

Michel Gandilhon, Agnès Cadet-Taïrou, Emmanuel Lahaie

La MDMA et l'amphétamine sont des drogues de synthèse. L'amphétamine est le chef de file d'un groupe de molécules, les dérivés amphétaminiques. La MDMA – appelée ecstasy sous sa forme comprimé – en est l'élément le plus connu. Leur consommation récréative s'est beaucoup développée en France dans les années 1990.

Psychostimulants, les dérivés amphétaminiques dissipent les sensations de fatigue et de faim, prodiguent un sentiment d'euphorie et d'hyperconcentration, de confiance en soi, et facilitent contacts et communication (effet entactogène ou empathogène). Certains d'entre eux sont présents dans plusieurs médicaments que l'on désigne sous le terme d'amphétamines et dont les indications sont en France très restreintes. Ceux-ci sont parfois détournés et utilisés comme produits dopants ou comme coupe-faim. Bien que réputés faiblement addictifs, les dérivés amphétaminiques peuvent être à l'origine de dépendances.

La MDMA, dont la diffusion en France a suivi l'essor du mouvement festif techno, est en outre recherchée plus spécifiquement pour ses effets empathogènes. À forte dose, elle peut, de plus, entraîner des modifications des perceptions sensorielles. La forme en comprimés (ecstasy) semble depuis quelques années connaître un reflux au profit d'autres formes comme la poudre, dite MDMA, et le cristal (à ne pas confondre avec la méthamphétamine), plus onéreuses mais de meilleure « qualité ».

L'amphétamine, ou « speed », est un psychostimulant plus puissant se présentant sous la forme de poudre destinée à être sniffée, voire plus marginalement injectée. Elle est très présente dans l'espace festif alternatif où son moindre prix par rapport à la cocaïne, pour des effets relativement proches, lui assure une certaine popularité.

La méthamphétamine, dérivé synthétique appartenant à la famille des phénéthylamines, appelé aussi « yaba », « ice » ou « crystal meth », se distingue par ses effets particulièrement puissants et durables et par son potentiel addictif. Sa consommation demeure marginale en France en dépit de son arrivée régulièrement annoncée par la presse [147]. Elle circule dans des micro-milieux qui l'ont obtenue en général soit par le vecteur Internet soit lors de déplacements touristiques à l'étranger [37].

Une consommation plutôt faible dans la population française

En 2010, 2,7 % des 18-64 ans ont expérimenté la MDMA (ou l'ecstasy), soit un peu plus de 1 million de personnes, tandis que la consommation dans l'année ne concerne que 0,3 % de cette population. Les tranches d'âge les plus concernées sont les 26-34 ans (6,8 % d'expérimentateurs), ou les 18-25 ans (4,2 %) [12]. Chez les jeunes de 17 ans, en 2011, l'expérimentation s'établit à 1,9 % (2,2 % des garçons et 1,6 % des filles) et diminue sensiblement par rapport à 2003, où elle concernait 3,2 % des jeunes de 17 ans (tableau 2 [222]. Pendant la décennie 2000, l'usage du comprimé d'ecstasy a poursuivi un mouvement de baisse et le nombre d'usagers dans l'année serait passé de 200 000 à 150 000 entre 2005 et 2010.

Tableau 1 - Fréquence de l'expérimentation de l'ecstasy et d'amphétamine chez les 18-64 ans en 2010 (en %)

	Ensemble	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Ecstasy/ MDMA	2,7	4,2	6,8	2,5	0,7	0,1	4,0	1,4
Amphétamine	1,7	2,1	3,1	1,2	1,4	1,2	2,2	1,3

Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

Tableau 2 - Expérimentation de l'ecstasy et d'amphétamine chez les 17 ans entre 2000 et 2011 (en %)

	2000	2002	2003	2005	2008	2011
Ecstasy	2,1	3,9	3,2	3,5	2,9	1,9
Amphétamine	1,0	2,0	1,8	2,2	2,7	2,4

Source : Enquêtes ESCAPAD (OFDT)

S'agissant de l'amphétamine, l'expérimentation ne touche que 1,7 % des 18-64 ans et atteint ses niveaux les plus élevés chez les 26-34 ans et les 18-25 ans, avec respectivement 3,1 % et 2,1 % [12]. Seulement 0,2 % de la population française en a consommé dans l'année. Parmi les jeunes de 17 ans, l'usage au cours de la vie est en baisse et concerne, en 2011, 2,4 % d'entre eux, contre 2,7 % en 2008 [222].

Des niveaux de consommation inférieurs à la moyenne en Europe

En matière d'usage d'ecstasy et d'amphétamines dans l'année chez les 15-34 ans, tranche d'âge la plus concernée par ces consommations, la France fait partie des pays européens où la prévalence est la plus faible (respectivement 0,4 % et 0,5 %). Elle se situe largement au dessous de la moyenne européenne (respectivement 1,2 % et 1,3 %) et connaît, pour les deux substances, des taux d'usage récent chez les jeunes adultes quatre à cinq fois moindre par rapport aux pays (Royaume-Uni, Allemagne) où les prévalences d'usage sont les plus élevées [90].

Des usages toujours répandus en milieu festif

C'est principalement dans les espaces festifs relevant du milieu techno que les usagers de MDMA sont le plus fréquemment rencontrés. En 2004-2005, 70 % des personnes interrogées dans les lieux relevant de cette culture (bars, clubs, discothèques ou événements alternatifs) avaient expérimenté l'ecstasy et jusqu'à 90 % dans le milieu alternatif (technivals, free parties, zones off des festivals, etc.) [209]. Un tiers des personnes en avaient consommé au cours du mois précédent (et 54 % en milieu alternatif). L'amphétamine, moins consommée – en 2004-2005, 51 % de l'ensemble des personnes l'avaient expérimentée et 13 % en avaient consommé au cours du mois précédent – a bénéficié depuis de la moindre appétence pour l'ecstasy. Elle a en effet élargi son espace de consommation à des publics nouveaux. Alors qu'elle était essentiellement consommée par une population à dominante masculine fréquentant l'espace festif alternatif (« hardcore » et « gabbers »), le speed a gagné de nouveaux adeptes au sein d'un public plus jeune déçu par la dégradation de la qualité du comprimé d'ecstasy. Les usagers le considèrent comme un produit aux effets stimulants plus efficaces. L'amphétamine, bien plus que la MDMA, peut être également consommée par des usagers marginalisés qui fréquentent les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour

usagers de drogues (CAARUD). En 2010, 8,7 % des personnes déclarent avoir fait usage de la MDMA et 12,9 % de speed durant le mois précédant l'enquête, même si cette dernière substance ne fait pas partie de celles les plus fréquemment consommées puisque 64,6 % de ces usagers en ont pris moins d'une fois par semaine [33]. Le public qui consomme le speed dans les CAARUD, fortement polyusager, est souvent composé de migrants en provenance d'Europe de l'Est (où il existe une prévalence élevée de l'usage), ainsi que de jeunes en errance qui évoluent entre le milieu festif alternatif et les centres-villes [37].

Déclin du comprimé d'ecstasy et report sur d'autres amphétaminiques

La consommation d'ecstasy est apparue en France au milieu des années 1980 et a connu une phase de progression importante jusqu'en 2002 environ. Depuis, on note une altération de l'image du comprimé au profit d'autres formes comme la poudre ou le cristal, alors appelés MDMA, à tel point que la jeune génération des usagers considère la MDMA comme une nouvelle drogue. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette désaffection. Le premier tient à une sorte de « ringardisation » du comprimé auprès de la frange la plus expérimentée des usagers, laquelle a la sensation d'avoir « fait le tour » du produit et est à la recherche de substances nouvelles [112]. Le deuxième tient à la baisse de la qualité du produit. Les analyses toxicologiques montrent en effet que le taux moyen du principe actif (MDMA) diminue un peu plus chaque année (voir encadré). Les usagers se reportent donc sur la forme poudre, qui, malgré son prix – entre 50 et 60 euros le gramme contre 7 euros pour un comprimé –, semble en pleine ascension. Depuis quelques années se développe une nouvelle forme dite « cristal », qui se présente sous l'aspect de cailloux ou de cristaux translucides (rouges, blancs, gris ou jaunes) qu'il est nécessaire de réduire en poudre avant usage.

L'amphétamine, le plus souvent en poudre, a également bénéficié de ce déclin du comprimé et concurrence la cocaïne pour un prix au gramme beaucoup moins élevé (15 euros en moyenne contre 60 euros pour la cocaïne). Alors que les comprimés d'ecstasy étaient habituellement avalés tels quels, les poudres sont majoritairement sniffées (mode d'usage popularisé par la cocaïne), ingérées en « parachute » (c'est-à-dire avalées dans une boulette de papier ou directement dans un verre d'alcool).

ECSTASY : ENTRE ADULTÉRATION ET « ARNAQUES »

Une diminution régulière au fil des ans de la teneur moyenne en MDMA pure dans les comprimés d'ecstasy a été observée au cours de la décennie 2000. Celle-ci a chuté, passant de 30 % environ en 2000 à 22 % en 2009 [146], et même à 15 % en 2010, avant de remonter brutalement à 27 % pour l'année 2011 [178]. Compte tenu du poids d'un comprimé moyen (200 mg), celui-ci contiendrait environ 50 mg de MDMA en 2011 contre 25 mg en 2010.

Les cas de tromperies sont fréquents. En général, les revendeurs cèdent des médicaments en lieu et place de l'ecstasy, tels des comprimés de chloroquine (Nivaquine®), de bétaméthasone et dexchlorpheniramine (Célestène® et Célestamine®). En 2009, une pénurie de MDMA, consécutive à la destruction massive au Cambodge d'un précurseur nécessaire à sa fabrication, a probablement accéléré la baisse de la pureté des comprimés, mais également provoqué une substitution du principe actif par le mCPP (méta-chloro-phenyl piperazine) dans 70 % des comprimés analysés par le dispositif SINTES [146]. Cependant, les effets anxiogènes bien connus du mCPP ne contribuent bien évidemment pas à donner une image positive des comprimés de pseudo-ecstasy qui en contiennent.

Au cours de la même période, la pureté moyenne des poudres de MDMA a connu une évolution inverse, s'élevant de 20 % en 2000 à 70 % environ en 2009 dans les échantillons recueillis auprès des usagers [146]. La pureté moyenne des poudres saisies, toujours un peu inférieure, se situait à 55 % en 2011.

DES DEMANDES DE TRAITEMENT DÉCROISSANTES

La part des usagers pris en charge principalement pour une addiction à la MDMA ou à l'amphétamine dans les centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est extrêmement faible. Ces substances seraient en cause dans respectivement 0,3 % et 0,2 % des prises en charge [182]. Après avoir connu une période de croissance jusqu'au début des années 2000, le nombre des usagers concernés s'est réduit. Il a chuté de 34 % entre 2006 et 2010 pour atteindre un nombre de 780 environ.

L'ensemble des incidents ou accidents aigus survenus après une prise de stimulants synthétiques ne sont pas répertoriés de manière exhaustive, qu'il s'agisse de simples effets secondaires (nausées, fourmillements, douleurs, contractures, palpitations, etc.), de *bad trips* plus ou moins sérieux (angoisses, hallucinations) ou de complications plus graves (d'ordre

neurologique, psychiatrique, cardiovasculaire…) susceptibles d'entraîner un décès comme un syndrome hyperthermique. Pourtant, s'agissant des surdoses, en 2010, la MDMA, retrouvée chez quatre personnes décédées, est considérée comme produit responsable (en association avec un autre stimulant synthétique) que dans un seul de ces cas. Ces données s'inscrivent dans la continuité des années précédentes, pendant lesquelles les décès recensés sont restés relativement exceptionnels, oscillant entre 0 et 10. Le constat est similaire concernant l'amphétamine. En 2010, elle est retrouvée dans 3 décès par surdose mais jamais en substance présumée responsable [46].

Il est également établi que la MDMA est neurotoxique. Son abus comme son usage régulier sont susceptibles d'endommager durablement certaines cellules du cerveau (en particulier les neurones dont le neuromédiateur est la sérotonine) avec des effets à long terme qui ne sont pas encore clairement déterminés.

Un nombre d'interpellations modéré

Depuis 2006, les interpellations pour usage simple d'ecstasy sont en diminution régulière. En 2010, elles ont atteint leur plus bas niveau depuis vingt ans, avec 203 interpellations. Il en va de même des interpellations pour trafic et usage-revente qui ne cessent de diminuer depuis 2005 avec seulement 63 cas en 2010, soit 0,3 % du total des interpellations pour cette infraction [178].

S'agissant des amphétamines, après une forte augmentation des interpellations pour usage simple entre 2000 et 2003, on constate une stabilisation autour d'une moyenne de 250 par an. En 2010, le nombre d'interpellations s'établit à 290 [168]. Le constat est identique concernant les interpellations pour trafic et usage-revente qui, après une forte augmentation au début des années 2000, se stabilisent, oscillant entre 70 et 100. En 2010, le nombre d'interpellations pour ce motif s'élève à 70 [178].

Des saisies erratiques

Il est difficile, compte tenu du caractère erratique des saisies de comprimés d'ecstasy, de déterminer des tendances claires sur la nature du marché français.

Ainsi, après une chute marquée des saisies de comprimés d'ecstasy en 2008 et 2009, qui avaient atteint leur plus bas niveau depuis les années 1990 (106 597), l'année 2011, avec 1 500 000 comprimés saisis, semblaient interrompre la tendance à la baisse en ramenant les saisies à des niveaux proches de celui du début des années 2000, quand le produit était en phase de diffusion maximale en France. Cependant, en 2012, elles retombent aux niveaux constatés antérieurement, avec 157 000 comprimés.

Les saisies d'amphétamines sont quant à elles les plus élevées de la décennie (plus de 600 kg) [178]. Même si une partie significative de ces saisies est destinée à des marchés étrangers, notamment le Royaume-Uni, la France demeure toutefois un débouché important, alimenté par des laboratoires situés en Pologne, en Belgique et aux Pays-Bas.

Repères méthodologiques
Baromètre prix TREND ; Baromètre santé ; Base nationale STUPS ; DRAMES ; ENaCAARUD ; ESCAPAD ; OSIRIS ; RECAP ; SINTES ; SINTES Observation produits de synthèse ; TREND ; TREND Enquête « Quanti festif ».

9.7
Médicaments psychotropes non opiacés

Agnès Cadet-Taïrou, Anne-Claire Brisacier

Les médicaments psychotropes regroupent plusieurs catégories de produits ayant pour fonction d'agir sur l'activité cérébrale : l'ensemble anxiolytiques/hypnotiques (benzodiazépines et médicaments apparentés), les antidépresseurs, les antipsychotiques (neuroleptiques), les régulateurs de l'humeur (lithium notamment) et les psychostimulants (méthylphénidate [Ritaline®] et modafinil [Modiodal®]). La prise de ces médicaments ne relève pas, dans la grande majorité des cas, de pratiques toxicomaniaques, mais thérapeutiques, parfois dans le cadre d'une automédication (médicaments non prescrits à la personne qui les consomme) s'agissant des anxiolytiques/hypnotiques. Toutefois, du fait des perturbations de la vigilance et des dépendances que certains entraînent, ces médicaments peuvent donner lieu à des usages problématiques ou à risques. Si certaines classes de médicaments psychotropes apparaissent peu détournées ou mésusées (antidépresseurs, neuroleptiques, lithium), d'autres le sont fréquemment par les usagers de drogues (anxiolytiques/hypnotiques). Enfin, certaines molécules (comme l'antiparkinsonien trihexyphénidyle [Artane®] ou le méthylphénidate [Ritaline®]) le sont parfois dans des groupes d'usagers plus restreints.

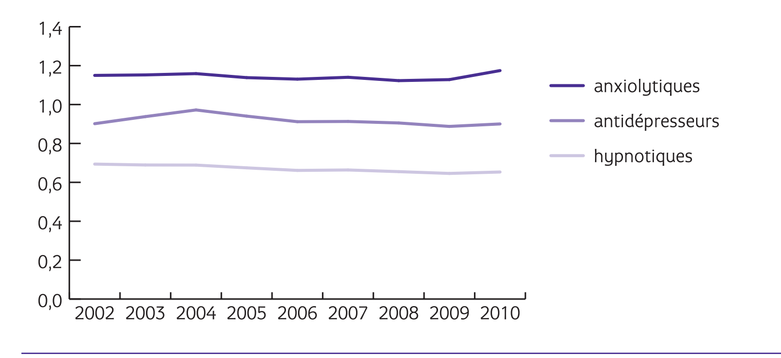
Il existe très peu de données quantitatives en France permettant de mesurer les situations d'addiction aux médicaments psychotropes ou leur mésusage, notamment en raison de la difficulté à établir une frontière claire entre usage et mésusage [128].

Des usages répandus en population générale

Un niveau de consommation en France parmi les plus élevés d'Europe

En France, les remboursements d'antidépresseurs rapportés à la population de 20 ans et plus diminuent légèrement depuis 2005 après que les ventes ont doublé entre 1990 et 2003. Les remboursements d'hypnotiques sont aussi en baisse sur la période 2002-2010 tandis que ceux d'anxiolytiques, après avoir baissé, augmentent en 2010 (graphique 1). Rapportée au nombre d'habitants, la consommation de benzodiazépines (principes actifs de la majorité des hypnotiques/anxiolytiques) a globalement diminué entre 2000 et 2010, passant de 90 à 83 « doses définies journalières » (DDJ) par jour et pour 1 000 habitants, le plus bas niveau ayant été atteint en 2008 (81,2 DDJ / 1 000 hab) [4].

Graphique 1 - Évolution des quantités de médicaments psychotropes remboursés en ville rapportées à la population âgée de 20 ans et plus, 2002-2010



Source : Medic'AM (CNAMTS) ; Estimation de population (INSEE)

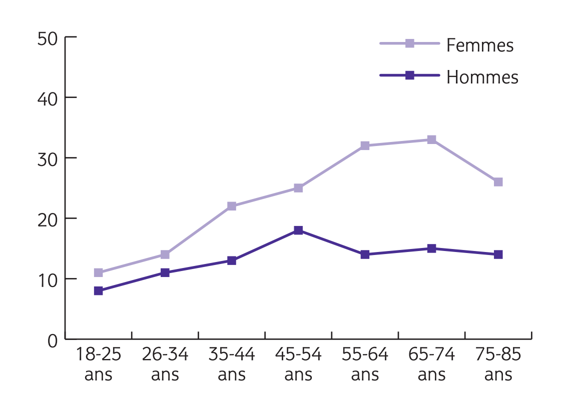
La consommation de médicaments psychotropes en France est l'une des plus importantes d'Europe. En 2010, selon les données de production et de vente déclarées par les États, la France arriverait en deuxième position après la Belgique pour les hypnotiques, tandis que, pour les anxiolytiques, elle serait en sixième position après le Portugal, la Belgique, l'Espagne et plusieurs pays du centre de l'Europe [188]. D'autres sources de données placent également la France parmi les pays de tête [128]. En revanche, l'utilisation des psychostimulants (méthylphénidate [Ritaline®] et modafinil [Modiodal®]) reste marginale en France et très inférieure à

celle de nos voisins européens. La France ne se démarque pas s'agissant des antipsychotiques, mais l'usage des régulateurs de l'humeur, bien que rare, y est plus fréquent [128].

Une consommation plutôt féminine qui augmente avec l'âge

En 2010, 18 % des 18-75 ans déclarent avoir pris au moins un médicament psychotrope au cours des 12 derniers mois (10 % ont consommé un anxiolytique au cours de l'année, 6 % un hypnotique, 6 % un antidépresseur, 0,7 % un régulateur de l'humeur et 0,9 % un neuroleptique), en hausse de 3 points par rapport à 2005 [9]. L'usage est nettement plus important chez les femmes (23 % contre 13 % chez les hommes) et augmente fortement avec l'âge chez ces dernières, progressant de 11 % dans la classe d'âge 18-25 ans à 33 % dans celle des 64-74 ans pour régresser ensuite. Chez les hommes, il atteint un pic à 18 % chez les 45-54 ans, pour stagner ensuite aux alentours de 14 % (graphique 2).

Graphique 2 - Prévalence des consommations de médicaments psychotropes au cours de l'année passée selon l'âge et le sexe, en 2010 (%)



Source : Baromètre santé 2010 (INPES)

Banalisation chez les plus jeunes

En 2011, parmi les jeunes scolarisés de 16 ans, l'expérimentation des médicaments psychotropes n'est pas négligeable : 19 % déclarent avoir déjà pris des tranquillisants ou des somnifères, les filles plus souvent que

les garçons (23 % contre 14 %). Autant de jeunes (environ 1 sur 10) déclarent avoir pris ces médicaments sur ordonnance que sans ordonnance. La première prise survient vers 14 ans lorsque ces médicaments sont consommés sans ordonnance. À 16 ans, 7 % des jeunes Français ont expérimenté la prise concomitante de médicaments et d'alcool « pour planer ou se défoncer » [117].

Chez les jeunes de 17 ans, 15 % ont déjà pris au cours de leur vie des anxiolytiques, 11 % des hypnotiques et 6 % des antidépresseurs. Les filles sont davantage concernées par l'usage de ces médicaments. Ainsi, 18 % des filles et 10 % des garçons en ont consommé au cours de l'année et ils sont respectivement 7 % et 4 % à l'avoir fait dans les 30 derniers jours. Les fréquences de ces usages tendent à baisser entre 2008 et 2011, notamment chez les filles [156, 222].

Les médicaments consommés n'ont pas toujours été prescrits à l'utilisateur : chez les 17 ans, la dernière prise de médicaments psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques ou antidépresseurs, tous délivrés sur prescription médicale) ne se fait à l'initiative d'un médecin que dans 54 % des cas [17]. Pour 27 %, c'est l'un des parents qui propose le médicament, alors que 11 % l'ont pris de leur propre initiative [156].

Les usages non conformes

Des durées de prescriptions non respectées

La durée de prescription des anxiolytiques est limitée au maximum à 12 semaines, celle des hypnotiques à 4 semaines. Pourtant, la durée médiane de traitement par une benzodiazépine (BZD), estimée à partir des remboursements de l'Assurance maladie, est de 7 mois [4]. À l'inverse, alors que la durée recommandée des traitements antidépresseurs est d'au moins six mois, la plupart des patients (82 %) l'interrompent avant [227].

Consommation chez les usagers de drogues : entre « défonce » et soulagement

Les principaux médicaments psychotropes non opiacés consommés par les usagers de drogues illicites sont les benzodiazépines. Elles ne constituent que rarement une voie d'entrée dans la toxicomanie. Cependant, 29 % des usagers des centres d'accueil et de d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues, qui sont généralement des usagers actifs souvent précarisés, déclarent

en avoir pris au cours du dernier mois [33]. Parmi les personnes fréquentant le dispositif sanitaire destiné aux toxicomanes (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ambulatoire, consultations d'addictologie, unités de soins en milieu carcéral, les BZD et apparentées les plus utilisées sont l'oxazépam (Séresta®), le diazépam (Valium® ou générique) et le zolpidem (Stilnox® ou générique), soit dans un objectif thérapeutique, soit dans un but de « défonce ». Il existe cependant des disparités régionales essentiellement liées aux variations de prescriptions locales. Le flunitrazépam (Rohypnol®), bien que de moins en moins consommé, présente avec le clonazépam (Rivotril®) les plus forts indicateurs de détournement (dose supérieure à deux fois celle recommandée dans l'autorisation de mise sur le marché, souffrance à l'arrêt, cas d'abus ou dépendance, obtention illégale, prise concomitante d'alcool) [47]. Les mésusages de trihexyphénidyle (Artane®) et de méthylphénidate (Ritaline®) sont davantage concentrés régionalement et concernent une faible part des usagers : île de la Réunion, régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Île-de-France pour le premier, région PACA pour le second.

Chez les usagers de drogues, le mésusage de ces médicaments est plus souvent le fait des hommes et des plus jeunes. Il est également lié au fait de souffrir de pathologies psychiatriques (qui favorisent la rencontre avec les médicaments psychotropes prescrits mais aussi la recherche de soulagement), au fait de vivre dans des conditions de grande précarité (usage pour oublier des conditions de vie difficiles ou obtenir une levée d'inhibition pour réussir à mendier, voler…) et d'être davantage polyusager (dans ce cadre, les médicaments peuvent être utilisés pour moduler ou corriger les effets d'autres substances) [128].

Des pratiques d'injection sont parfois décrites, mais ces médicaments restent très majoritairement consommés par voie orale [128].

Des produits majoritairement obtenus par prescription

Comme pour l'ensemble de la population, les usagers de drogues en contact avec le système sanitaire ou social acquièrent principalement des BZD par prescription (de 77 % à 94 % selon la molécule). Ils font d'autant plus appel au marché de rue des médicaments, alimenté par la revente de médicaments prescrits, que l'accès aux molécules est contrôlé ou que la substance est davantage mésusée. Le flunitrazépam (Rohypnol®) et le clonazépam (Rivotril®) font exception : respectivement 56 % et 40 % de ces usagers se les procurent prioritairement

sur le marché noir [47]. L'application d'un cadre strict de prescription et de délivrance du flunitrazépam a d'abord à partir de 2001 entraîné un report sur le clonazépam. Depuis 2011, à la suite de modifications des règles de prescription de ce dernier (ordonnances sécurisées), sa disponibilité décroît aussi sur le marché parallèle observé par les sites du dispositif TREND.

L'obtention des médicaments psychotropes par ordonnance falsifiée semble marginale. Cependant, 73 % des médicaments ainsi détournés sont des psychotropes. Parmi les vingt premiers, on retrouve onze BZD ou apparentées, les plus concernés étant le zolpidem (Stilnox® ou génériques), le bromazépam (Lexomil® ou génériques) et l'alprazolam (Xanax® ou génériques) [48].

Si le marché parallèle de médicaments peut être bien visible dans certaines zones des grandes villes, les services de police et de gendarmerie ne repèrent pratiquement pas de trafic réellement organisé de médicaments psychotropes non opiacés [178]. Aucune information ne permet de connaître le poids du commerce de médicaments sur Internet. Cette voie d'approvisionnement n'est quasiment pas utilisée par les usagers des CSAPA [47].

Risque d'usage criminel

L'administration à des fins criminelles (viols, actes de pédophilie) ou délictuelles (violences volontaires, vols, agressions sexuelles) de substances psychoactives à l'insu de la victime ou sous la menace est qualifiée de soumission chimique. Dans le champ des médicaments, les substances les plus souvent impliquées dans les cas de soumission chimique sont les benzodiazépines, en particulier le clonazépam, le zolpidem et le bromazépam (Lexomil®) [49].

UN IMPACT SANITAIRE ET SOCIAL PEU DOCUMENTÉ

L'impact sur la santé publique de la consommation de médicaments psychotropes dans la population française (accidents, santé des personnes âgées, prévalence de la dépendance en population générale…) est très peu documenté. L'étude des risques liés à ces consommations se trouve limitée par les biais d'indication (pathologie qui a nécessité la prescription) ou par les autres facteurs de risques retrouvés chez les usagers dépendants ou « abuseurs » [128].

La consommation de médicaments psychotropes : quand y a-t-il problème ?

Les médicaments psychotropes sont avant tout des médicaments et toute consommation n'est pas problématique. Les problèmes ou les risques liés à leur consommation sont de trois ordres :

1. des situations à risques peuvent survenir chez l'ensemble des consommateurs. Il s'agit en premier lieu de baisse de vigilance facilitant la survenue d'accidents lors de la conduite de machines et de véhicules ou lors de l'exercice de fonctions de sécurité. Parmi les médicaments les plus largement consommés, ces risques relèvent principalement des benzodiazépines. Ils dépendent des individus, des pathologies dont ils souffrent, du temps passé depuis la dernière prise du médicament, etc. Ces risques seraient plus importants en début de traitement, lors de prises occasionnelles, ou en cas d'association avec l'alcool ou avec d'autres psychotropes ;
2. la consommation peut être considérée comme inappropriée lorsque le risque individuel pour le patient est supérieur au bénéfice du traitement (risque de dépression respiratoire, d'aggravation d'une dépression non traitée…). L'inadéquation peut porter sur le produit lui-même, sur la dose prescrite ou sur les associations médicamenteuses. La question se pose particulièrement pour les personnes âgées, chez qui certaines molécules seraient à l'origine de chutes et de fractures ou altéreraient le fonctionnement intellectuel ;
3. il existe en outre des mésusages des médicaments. Les situations en cause sont :

- l'abus (doses ou durée de traitement trop élevées) ou le cumul (association de médicaments aux principes actifs identiques) ;
- la dépendance, si la vie de la personne se centre sur la recherche et la consommation du produit ;
- l'usage du médicament pour un autre effet que thérapeutique (se « défoncer », se doper, altérer la conscience d'une personne, etc.).

Les personnes en difficulté avec les médicaments psychotropes peuvent être des polyconsommateurs, pour qui le médicament est une drogue parmi d'autres. Les benzodiazépines sont souvent associées à l'alcool. D'autres personnes souffrent d'une dépendance médicamenteuse pure. Ce sont, dans ce deuxième cas, plus souvent des femmes d'âge moyen et le problème est généralement davantage occulté et peu pris en charge.

Les cas de décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances sont recueillis par le dispositif DRAMES, qui s'appuie sur les résultats des laboratoires de pharmacologie et/ou de toxicologie. L'association de médicaments psychotropes est retrouvée dans près d'un tiers des cas [46].

Recommandations issues de l'expertise collective de l'Inserm [128]

En 2011, le groupe d'experts réuni par l'INSERM à la demande de la MILDT a réalisé une analyse critique et une synthèse de la littérature scientifique internationale sur les médicaments psychotropes. Une série de recommandations concernant leur consommation et le phénomène de pharmacodépendance ont été émises.

Prévention en population générale

- Sensibiliser et informer la population générale sur les risques liés à l'usage inapproprié de médicaments psychotropes.
- Informer les patients dès la première prescription sur les risques de pharmacodépendance et les modalités d'arrêt du traitement.

Prise en charge des patients dépendants aux médicaments psychotropes

- Améliorer les conditions de prise en charge médicale des patients dépendants.

Actions réglementaires

- Maintenir l'accès des médicaments psychotropes uniquement sur prescription médicale et a fortiori l'obligation de dispensation par un pharmacien.
- Renforcer l'encadrement de la délivrance, en expérimentant notamment l'extension des ordonnances sécurisées à l'ensemble des médicaments psychotropes des listes I et II (médicaments délivrés sur ordonnance simple).
- Renforcer et pérenniser le dispositif de veille et de surveillance.

Recherche

Développer des recherches pluridisciplinaires en priorité sur :
- la prévalence de la dépendance aux médicaments psychotropes, en particulier en population générale ;
- l'impact sanitaire et social du mésusage chez les usagers de drogues ;
- les conséquences neuro-développementales à long terme d'une exposition aux médicaments au cours de la grossesse, de l'enfance et de l'adolescence.

Repères méthodologiques

Baromètre santé ; DRAMES ; ENaCAARUD ; ESEMeD ; ESPAD ; ESCAPAD ; Médic'AM ; OPPIDUM ; OSIAP ; TREND ; Ventes de médicaments.

9.8
Nouveaux produits de synthèse

Magali Martinez, Emmanuel Lahaie

Les « nouveaux produits de synthèse » (NPS) désignent un éventail très hétérogène de substances qui imitent les effets de différents produits illicites (ecstasy, amphétamines, cocaïne, cannabis, etc.) [149]. Leurs structures moléculaires s'en rapprochent, sans être tout à fait identiques. Cette spécificité leur permet, au moins à court terme, de contourner la législation sur les stupéfiants ; certains sont classés (comme la méphédrone), d'autres n'ont pas de statut juridique clair. Généralement achetés sur Internet, les NPS sont connus soit par leurs noms chimiques, soit à travers des noms commerciaux. Entre 2007-2008, années des premières identifications en France d'une molécule considérée comme étant un NPS [149, 205], et fin 2012, 60 nouvelles substances ayant circulé au moins une fois ont été recensées. Signe d'un certain engouement, depuis 2010, en moyenne une nouvelle substance est identifiée par mois. En Europe, on dénombre plus de 200 nouvelles substances depuis 1997, dont plus de la moitié est apparue depuis 2008.

Les principaux NPS présents dans l'Hexagone sont des cannabinoïdes de synthèse, proches du THC (principe actif du cannabis), et des cathinones, proches des amphétamines. La présentation commerciale des NPS pose le problème de la lisibilité de leur contenu pour les consommateurs : en effet, les paquets commerciaux ne donnent pas d'indications sur leur composition. Or, à la différence des produits illicites classiques, les dosages et les effets recherchés ou secondaires non désirés sont très différents d'une molécule à l'autre.

Graphique 1 - Répartition des nouvelles substances par famille chimique et par année d'identification en France

	Cannabinoïdes	Cathinones	Phénéthylamines	Pipérazines	Tryptamines	Autres NPS
2012	10	4	2		2	3
2011	5	5	1		3	3
2010		3	5			3
2009	1	2	4	1		
2008	2	1				

Sources : Service Commun des Laboratoires (Douanes), Toxlab, Laboratoire de police scientifique (LPS), SINTES/OFDT

Des groupes de consommateurs spécifiques

Une des difficultés rencontrées pour décrire les usages de NPS dans la population tient à la pluralité des dénominations qui s'y rapportent. En effet, des termes génériques (autres que les noms chimiques ou commerciaux) peuvent également faire référence aux NPS : encens, sels de bains, *designer drugs*, *research chemicals* ou *legal highs*.

La consommation des NPS en France semble plus limitée que dans certains pays européens (Irlande, Royaume-Uni et Pologne). En effet, ces produits ne sont pas cités spontanément par les personnes interrogées dans les enquêtes nationales en population générale [12, 222]. Cependant un intérêt croissant pour ces produits de la part de sous-groupes de consommateurs bien spécifiques est attesté par de récentes observations [37, 149].

Différents profils peuvent en effet être décrits. Le premier est celui d'usagers proches de l'espace festif gay, traditionnellement consommateurs de substances psychoactives, en particulier en contexte sexuel. Familiers d'Internet, ils se procurent également ces produits lors de voyages dans différentes capitales étrangères. C'est dans ce groupe que sont observées les pratiques dites de « slam » (injection intraveineuse de substances – méthamphétamine, cocaïne, méphédrone, NRG-3 – dans un contexte sexuel « hard »), à Paris [201].

Le deuxième profil est celui de « connaisseurs », c'est-à-dire des usagers qui se perçoivent comme des pionniers en matière d'expérimentation de drogues. Leur démarche consiste à développer des stratégies de consommation pour éviter la dépendance et la tolérance à un produit, avec la volonté de jouer sur la perception. Certains, réunis en petits groupes, acquièrent les substances en commun sur Internet, un des membres effectuant les achats pour l'ensemble. Ils partagent ensuite leur expérience entre eux ou avec d'autres, à travers des forums sur Internet consacrés aux produits psychoactifs, sous la forme de *trip reports* (description détaillée et codifiée, écrite par un usager) des effets ressentis après la prise d'une substance psychoactive. Ces usagers initiés consomment en contexte privé et ne fréquentent pas nécessairement le milieu festif techno.

Le troisième profil est celui de jeunes adultes, souvent déjà usagers de drogues et fréquentant l'espace festif alternatif techno. Ces consommateurs ont pu rencontrer les NPS, parfois à leur insu, lorsque ces substances étaient vendues sous des noms de substances illicites classiques. Dans ce groupe, et dans l'espace festif en général, la diffusion des NPS semble être en partie liée à la disponibilité et à l'image des produits illicites qu'en ont les consommateurs. Ainsi en 2009, la pénurie du précurseur de la MDMA a amené les trafiquants à lui substituer un autre produit, la mCPP, vendue sous l'appellation « ecstasy » [146].

Enfin, à partir de 2012, différents signalements d'intoxications permettent d'évoquer l'apparition d'expérimentations de ces substances parmi un public plus jeune, constitué de personnes usagères occasionnelles de drogues, a priori socialement insérées, pouvant acheter sur Internet. Très peu sensibilisées aux messages de réduction des risques, elles constituent à la fois le groupe le plus « à risque » du point de vue des conséquences sanitaires possibles de l'usage de NPS, et celui que les vendeurs en ligne semblent particulièrement viser à travers leurs stratégies marketing.

Production, conditionnement et vente en ligne

La plupart des NPS identifiés en Europe sont principalement produits en Chine et, dans une moindre mesure, en Inde. Selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), au sein de l'Union européenne (UE), seuls la Pologne et les Pays-Bas avaient, en 2012, signalé la production, en faible quantité, de NPS sur leur territoire. Les substances pénètrent en Europe via les pays de l'UE n'ayant pas encore statué sur leur situation juridique et ils sont ensuite redistribués vers

les autres États européens [87]. Les matières premières sont alors mélangées, éventuellement conditionnées de différentes manières (comprimés, gélules, liquides) dans des laboratoires ou de simples « zones » de transformation. Les sites de vente sur Internet sont situés dans des pays différents des lieux d'expédition de la marchandise. Ils sont majoritairement animés par des personnes basées au Royaume-Uni et aux États-Unis. Les serveurs informatiques de ces sites sont eux-mêmes dans un troisième pays. Ce système de vente brouille la traçabilité des circuits de production et de distribution.

Fin 2011, on estimait à une trentaine le nombre de sites de vente en langue française proposant des NPS. Au plan européen, selon l'OEDT, le nombre de sites de vente en ligne en langues européennes proposant une livraison au sein de l'UE n'a cessé de croître de 2010 à janvier 2012 (date du dernier recensement), passant de 170 à 693 [87]. À la différence d'autres pays, il n'existe pas a priori de points de vente physiques en France. Le marché serait actuellement largement dominé par des entrepreneurs opportunistes [96]. Cependant, Europol indique que le trafic de NPS est parfois associé aux substances illicites, ce qui laisse penser que des organisations criminelles s'intéressent à ces produits.

Différents types d'espace de vente en ligne

Actuellement, les travaux menés par l'OFDT permettent d'identifier quatre types de marchés commercialisant des NPS sur Internet (voir chapitre 7.3).

Le marché s'adressant à un public averti

Ce segment, vraisemblablement le plus ancien sur Internet, s'adresse à un public qui est capable de relier des effets à des noms de molécules et qui en connaît les dosages. Les sites appartenant à cette catégorie ont une présentation marketing sobre. Les noms chimiques des molécules en vente sont affichés. Les produits sont souvent vendus sans reconditionnement (sous forme de poudre) et sans effort particulier de présentation.

Le marché commercial

Ces sites, à l'inverse des précédents, affichent des designs plus attractifs ; les produits ont des formes connues (comprimé ou herbe le plus souvent), les emballages sont très graphiques. Les sites s'adressent parfois explicitement, à travers leurs messages publicitaires, à un jeune public, qu'il s'agit d'inciter à consommer notamment des cannabinoïdes de synthèse. Ces techniques de présentation peuvent suggérer au consommateur que les compositions et les dosages sont préalablement effectués par le producteur et qu'il n'a

pas à s'en préoccuper. Les molécules ou les mélanges sont vendus sous des noms commerciaux sans mention, le plus souvent, des contenus en principes actifs. Selon le recensement des sites de vente réalisé par l'OFDT en décembre 2011 [149], les produits à conditionnement commercial étaient trois fois plus nombreux que ceux avec une identification chimique affichée.

Par ailleurs, les conditionnements commerciaux contiennent plus de molécules différentes que les sachets vendus sur les sites pour « public averti » [149]. Alors que des analyses réalisées en 2011 sur 16 sachets vendus sur des sites pour « public averti » ont bien confirmé la présence de la seule molécule annoncée, plusieurs conditionnements commerciaux portant la même appellation pouvaient contenir jusqu'à cinq cannabinoïdes de synthèse. De plus, avec une même appellation, le contenu des produits peut varier au fil du temps. Ces résultats signifient que tout achat sur un site s'adressant à un public averti a un contenu systématiquement conforme à ce qui est affiché.

Le marché du « deep web »

Il s'agit ici de la vente sur des sites non référencés par les moteurs de recherche. Ce marché n'est pas spécifique aux NPS (il peut aussi concerner par exemple les médicaments, les drogues illicites, les fausses cartes d'étudiantes, livres, etc.). Deux sites de ce type ont été fermés par la Drug Enforcement Administration (DEA) américaine entre l'été 2011 et mars 2012. Leur accès est limité par le caractère confidentiel des adresses Internet, les URL ne pouvant être communiquées qu'entre individus. Ce marché est plus marginal et suppose que l'usager soit inséré dans un réseau de consommateurs ou de vendeurs, qu'il dispose de compétences informatiques et adhère à un mode de transaction inhabituel (monnaie virtuelle).

Les petites annonces

Ces sites généralistes de petites annonces gratuites présentent les NPS comme n'importe quel produit de consommation courant vendu par un particulier. En 2011, on estime qu'il existait une trentaine de ces sites, proposant les NPS les plus « populaires » [77, 149]. La plupart des annonces renvoyaient à des adresses postales en Afrique (Nigeria, Cameroun, Bénin), ou parfois en Chine. Certaines annonces proposent également des substances illicites (héroïne, par exemple). En pratique, peu d'usagers semblent avoir recours à ce mode d'approvisionnement, qui s'apparente parfois à des arnaques.

La majorité des NPS est proposée à des prix variant de 8 à 20 euros le gramme, selon les sites de vente. Certains peuvent proposer des NPS livrés par dizaines de kilos ou mentionnent la possibilité d'acheter en gros, sans préciser les produits concernés. Dans ce cas, comme pour les

produits traditionnels, les prix baissent lorsque la quantité augmente. Un autre facteur influençant le prix est le changement de statut juridique. Ainsi, au cours de l'année 2010, la méphédrone, après son interdiction, était toujours disponible mais à des prix plus élevés [96].

En 2011, les prix des NPS à la revente, c'est-à-dire les prix « de rue », sont en moyenne trois fois plus élevés que ceux en ligne. Pour une quantité achetée d'un gramme, la somme dépensée par les usagers passe de 10 euros pour un achat direct sur un site de vente en ligne à 30 euros pour un achat auprès d'un revendeur. Les prix moyens des NPS sont donc très compétitifs par rapport à ceux des substances illicites qu'ils imitent. Si ces prix sont de l'ordre de celui de l'amphétamine (autour de 15 euros le gramme), ils restent très inférieurs à celui de la MDMA en poudre (62 euros) ou de la cocaïne (60 euros) [105].

Des conséquences sanitaires peu évaluées

Faute d'études scientifiques, hormis pour quelques cannabinoïdes de synthèse, les risques de la consommation des NPS chez l'Homme sont mal connus. En dehors de la méphédrone, il n'existe pratiquement pas de données qui permettent d'estimer la toxicité des NPS à moyen et long terme ou d'évaluer leur potentiel de pharmacodépendance.

Néanmoins, quelques cas cliniques ont commencé à être décrits depuis 2011. Ils sont issus d'observations réalisées lors de prises en charge aux urgences, suite à une intoxication aiguë. Les symptômes les plus cités sont l'hyperthermie, la tachycardie, l'hypersudation, la mydriase et un sentiment de mal-être [160, 223]. Il peut également s'agir de manifestations psychiatriques : hallucinations, effets dissociatifs (sensation de perte de l'unité psychique et corporelle) non recherchés ou symptômes de type paranoïaque [218]. Au niveau européen, plusieurs cas de décès impliquant la consommation de NPS ont été signalés en 2011 et 2012.

Le recensement des problèmes liés à ces consommations pose toutefois plusieurs difficultés. En cas de prise en charge aux urgences, s'il est capable de s'exprimer, l'usager fournira le nom des substances qu'il a consommées. L'absence fréquente de corrélation entre le nom commercial d'un produit et sa composition entraîne, plus qu'avec les drogues classiques, une incertitude sur ce qui a réellement été consommé. Cela rend le diagnostic d'autant plus difficile en l'absence d'analyses toxicologiques identifiant la molécule.

UN PHÉNOMÈNE DÉLICAT À RÉGULER LÉGISLATIVEMENT

Pour les agents de l'État chargés d'appliquer la loi, il existe aujourd'hui deux situations principales concernant les NPS :

- soit les substances ont été classées comme stupéfiants par l'arrêté modifié du 22 février 1990 (nominativement ou par familles chimiques). Celles-ci entraînent pour leurs consommateurs les mêmes peines que pour les stupéfiants classiques ;
- soit la substance peut sous certaines conditions être qualifiée par le pharmacien inspecteur détaché aux douanes de « médicament par fonction » (article L.5111-1 du Code de la santé publique - CSP). Dans ce cas, les peines prévues ne relèvent pas des infractions en matière de stupéfiants mais de celles en lien avec la production, distribution et commercialisation de médicaments.

Cette dernière disposition législative permet aux douanes d'effectuer la saisie des produits, la quasi-totalité étant réalisée sur les frets aériens. Il s'agit essentiellement de colis de petit volume, de l'ordre de quelques grammes. Entre 2008 et 2011, le nombre de saisies de NPS a été multiplié par six, passant de 21 à 133. Cependant, ces saisies donnent une représentation incomplète des flux.

En ce qui concerne les rares saisies de NPS connues sur une personne, elles ont été réalisées dans des contextes où celle-ci vendait le produit et valorisait ses effets psychoactifs. La disposition législative qui est évoquée dans ce cas n'est pas la qualification de « médicament par fonction » mais l'article L.3421-4 du CSP, qui incrimine la provocation à l'usage de substances présentées comme ayant les effets de substances classées comme stupéfiants.

En dehors de ces cas précis, la plupart des NPS ne sont pas encadrés par la loi : ils se trouvent dans une zone d'incertitude juridique, ni autorisés, ni interdits. Ils suscitent une problématique juridique nouvelle dans le champ des drogues. En effet, la rapidité d'apparition des molécules interroge les autorités législatives sur l'efficacité de l'approche par le classement comme stupéfiant. À ce propos, l'OEDT souligne le risque de surcharger les systèmes législatif (classer), juridique (condamner) et sanitaire (évaluer la toxicité). Par ailleurs, la réponse par l'interdiction peut n'avoir pour principal effet que le déplacement du problème. La génération d'une nouvelle substance répondant au classement des précédentes, le risque d'apparition d'une substance de remplacement encore plus nocive est réel.

Repères méthodologiques

Base nationale STUPS ; OEDT ; SINTES ; SINTES Observation produits de synthèse ; TREND.

9.9
Poppers, colles et autres solvants

Michel Gandilhon, Agnès Cadet-Taïrou

Les solvants organiques sont des produits chimiques, liquides ou gazeux, ayant la propriété de solubiliser les corps gras. De nombreuses substances, vendues librement, sont susceptibles d'être détournées de leur usage afin d'engendrer des effets psychotropes (éther, trichloréthylène, chloroforme, détachants, solvants de peinture, aérosols, protoxyde d'azote, colles, etc.). Elles sont en général inhalées, par le biais d'un chiffon imbibé, parfois à l'aide d'un sac en plastique pour accroître la concentration du produit, ou encore directement pulvérisées dans le nez ou la gorge. L'intensité de leurs effets dépend des molécules entrant dans leur composition, de la quantité inhalée (concentration des vapeurs et temps d'inhalation) et de l'éventuelle tolérance développée par l'usager. Inhalés, les solvants agissent sur le système nerveux central en induisant des manifestations ébrieuses. Chez certains consommateurs s'ensuivent des troubles de la perception pouvant conduire à des hallucinations puis à une somnolence allant parfois jusqu'à la perte de conscience. Sniffés, les solvants produisent des effets extrêmement rapides où se succèdent :

- une phase euphorique avec excitation psychomotrice et désinhibition ;
- une phase, inconstante, de perturbations sensorielles, allant parfois jusqu'à l'hallucination visuelle ;
- une phase de sédation, avec parfois sommeil et coma [214].

Les poppers sont des préparations liquides très volatiles contenant des nitrites d'alkyle aliphatiques ou cycliques (amyle, butyle, propyle, pentyle, cyclohexyle), conditionnées dans de petits flacons de 10 à 15 ml parfaitement adaptés à l'usage dans un contexte festif. Inhalés, les poppers

engendrent, de manière immédiate, une sensation d'euphorie, éventuellement accompagnée de rire, et une relaxation des fibres musculaires entraînant une dilatation intense des vaisseaux. Ils peuvent produire une hypotension et une accélération du rythme cardiaque. Ils sont utilisés notamment pour optimiser les performances sexuelles dans la mesure où l'usage par inhalation faciliterait l'érection, retarderait l'éjaculation et accroîtrait les sensations orgasmiques. Leurs effets ne durent pas plus de deux minutes.

Des expérimentations fréquentes chez les plus jeunes

Les niveaux d'usage de colles et de solvants sont peu élevés dans la population adulte (tableau 1). En 2010, 1,9 % des 18-64 ans en avaient expérimenté et 0,4 % en avaient fait un usage durant l'année passée. Les niveaux d'expérimentation et d'usage dans l'année les plus élevés se retrouvent parmi les tranches d'âge des 18-25 ans (respectivement 2,7 % et 1,3 %) et des 26-34 ans (3,2 % et 0,5 %) [12]. La tendance de la consommation de ces produits est à la hausse puisque, entre 2005 et 2010, les usages dans l'année ont été multipliés par 4 (0,1 % contre 0,4 %).

Statut juridique

En France, les poppers contenant des nitrites de pentyle et de butyle ou leurs isomères sont interdits à la vente ou à la distribution gratuite au public depuis 1990 (décret n° 90-274 du 26 mars 1990). En revanche, certains nitrites, non mentionnés dans le décret d'interdiction, n'étaient pas contrôlés par une réglementation particulière et restaient disponibles (nitrites d'amyle ou de propyle par exemple) dans les sex-shops ou les bars gays. En 2007, tous les produits comportant des nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques ou hétérocycliques ou leurs isomères destinés à la consommation humaine et ne bénéficiant pas d'une autorisation de mise sur le marché ont été interdits à la vente ou à la distribution par le décret n° 2007-1636 du 22 novembre 2007. Ce décret a été annulé par le Conseil d'État le 15 mai 2009 sur la requête d'une des sociétés produisant ces produits et de plusieurs associations [41].

Le 7 juillet 2011, le ministère chargé de la Santé est revenu sur cette décision et a décidé d'interdire la vente et la cession au public des produits, à l'exception des médicaments, contenant des nitrites d'alkyle aliphatiques, cycliques ou hétérocycliques et leurs isomères en raison de leur toxicité importante et de leurs effets psychoactifs.

Les niveaux de consommation s'agissant des poppers sont en revanche plus élevés. Ainsi chez les 18-64 ans, en 2010, ils constituent la deuxième substance illicite la plus expérimentée, derrière le cannabis, avec 5,3 % de personnes concernées. C'est dans les tranches d'âge les plus jeunes que ce produit est le plus souvent essayé. Ainsi, plus d'une personne sur dix âgée de 18 à 25 ans en a consommé au moins une fois dans sa vie (10,8 %). Si l'usage actuel (au moins une fois au cours de l'année passée) s'avère plus faible (0,8 %), il a cependant augmenté de manière significative chez les 18-25 ans depuis 2005, passant de 1,7 % à 2,9 %. En outre, les poppers représentent la première drogue illicite consommée au cours de l'année passée après le cannabis [12].

Tableau 1 - Fréquence de l'expérimentation de colles-solvants et poppers chez les 18-64 ans en 2010 selon l'âge et le sexe (en %)

	Ensemble	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Colles/solvants								
Expérimentation	1,9	2,7	3,2	2,2	1,4	0,3	2,7	1,1
Usage dans l'année	0,4	1,3	0,5	0,2	0,1	0,1	0,6	0,2
Poppers								
Expérimentation	5,3	10,8	7,9	6,6	2,4	0,5	7,2	3,4
Usage dans l'année	0,8	2,9	1,0	0,3	0,4	0,1	1,1	0,5

Source : Baromètre santé 2010 (INPES, exploitation OFDT)

Chez les jeunes de 17 ans, les niveaux d'expérimentation de produits à inhaler (hors poppers) en 2011 sont plus importants (5,5 %) que dans la population adulte. Ils semblent s'être stabilisés par rapport à 2008 après les hausses relativement importantes enregistrées lors des enquêtes précédentes [222]. Il en va de même s'agissant de l'expérimentation des poppers puisque, chez les jeunes de 17 ans, celle-ci est presque deux fois plus élevée que chez les adultes (9 % contre 5,3 %). Toutefois, les niveaux d'expérimentation, qui avaient connu un pic brutal en 2008 (13,7 %), sont en forte baisse depuis (tableau 2). L'accroissement de l'expérimentation observé en 2008 pourrait s'expliquer par la volonté des vendeurs d'écouler rapidement leurs stocks après (et en dépit de) l'interdiction de vente de 2007 et peut-être aussi par un effet de mode lié à la médiatisation du débat sur cette interdiction.

Tableau 2 - Expérimentation des produits à inhaler et des poppers chez les 17 ans entre 2003 et 2011 (en %)

	2003	2005	2008	2011
Produits à inhaler	4,7	3,6	5,5	5,5
Poppers	4,5	5,5	13,7	9

Source : Enquêtes ESCAPAD (OFDT)

DES USAGES MAJORITAIREMENT RÉCRÉATIFS

À la différence des autres solvants, les poppers sont très présents dans les consommations de psychotropes de l'espace festif proche de la musique techno. Ainsi, entre 2003 et 2005, avant l'intervention du législateur interdisant la mise en vente de certaines formes du produit (voir encadré), plus de 50 % de personnes côtoyant l'espace festif électro déclaraient avoir expérimenté des poppers, pourcentage atteignant près de 60 % pour les personnes fréquentant les clubs (soit un peu moins que le cannabis). S'agissant de l'usage récent, plus de 17 % des personnes fréquentant le milieu des clubs déclaraient en avoir consommé [102, 209]. En contexte festif, il est fréquemment consommé en groupe, notamment par les plus jeunes.

Cependant, les usages les plus réguliers concernent la population homosexuelle masculine qui fréquente les lieux de rencontres festives ou sexuelles. Si l'usage de poppers y demeure attaché à la fête, il semble que le produit soit utilisé majoritairement dans un contexte sexuel où, malgré l'interdiction du produit, son usage est banalisé. Dans ce cadre, certains usagers ressentent une quasi-dépendance vis-à-vis du produit pour la réalisation d'actes sexuels [102, 202].

RISQUES SANITAIRES

La prise de solvants, quels qu'ils soient, comporte un risque aigu de mort subite par trouble du rythme cardiaque. Lors de prises répétées, les solvants peuvent engendrer des lésions neurologiques (notamment des polynévrites), des lésions rénales, gastriques ou encore pneumologiques.

S'agissant des poppers, une prise peut fréquemment s'accompagner de nausées, de vomissements ou de céphalées. Une intoxication aiguë peut

entraîner une hypotension artérielle et des troubles cardio-vasculaires potentiellement mortels dont le risque s'accroît lors de la prise concomitante de certains médicaments comme le Viagra®. Elle peut en outre engendrer une anémie aiguë et grave par altération des globules rouges (méthémoglobinémie) et des cas de perte prolongée de l'acuité visuelle par atteinte de la rétine ont été recensés [137, 214, 229]. Les prises répétées peuvent, en particulier, être à l'origine de lésions nasales ou du visage (croûtes jaunâtres caractéristiques) ou d'anémie par destruction des globules rouges, ou encore de lésions hépatiques.

Entre 1999 et 2009, 794 cas d'exposition aux poppers ont été recensés dans les centres antipoison et de toxicovigilance (CAPTV), dont 119 cas considérés comme graves, les pathologies les plus retrouvées étant la méthémoglobinémie et des cyanoses. Sur la totalité des cas, 94 étaient consécutifs à un usage volontaire du produit.

Sur la même période, les CAPTV font également état de quatre décès pour lesquels un usage de poppers a été mis en évidence par les analyses toxicologiques [100].

Une offre qui persiste

Les interpellations pour usage ou trafic de solvants ou de poppers illicites sont exceptionnelles, de même que les saisies (une trentaine de flacons entre 2000 et 2010) [178]. À la suite du changement de législation intervenu en 2011, le site TREND de Paris a fait état de petits trafics informels émergents, animés par d'anciens distributeurs ou producteurs, qui écoulent leurs stocks en suivant une logique de réseau, via les sites de rencontres notamment. Certains sex-shops continueraient aussi à en distribuer clandestinement [202].

De plus, dans un contexte où l'offre de produits se développe sur Internet, la possibilité de l'achat en ligne demeure.

Repères méthodologiques
Baromètre santé ; BNCI ; ESCAPAD ; OSIRIS ; TREND ; TREND Enquête « Quanti festif ».

9.10
Tabac

Aurélie Lermenier

La cigarette manufacturée est le produit du tabac le plus consommé en France, loin devant le tabac à rouler et les cigares et cigarillos. La cigarette contient du tabac séché ainsi que de nombreux additifs, comme les agents de saveur et de texture. La nicotine en est l'agent psychoactif majeur. C'est la composition de la fumée des cigarettes qui fait l'objet de la plus grande attention, en tant que déterminant à la fois de la dépendance au tabac et des principales maladies associées au tabagisme. Si plusieurs milliers de substances sont identifiées dans la fumée du tabac, seule une dizaine d'entre elles présentent des doses toxicologiquement actives : nicotine, monoxyde de carbone, oxydes d'azote, goudrons, etc. La concentration de ces éléments varie suivant le type de cigarette et l'intensité d'inspiration de la fumée [124].

Plus de treize millions de fumeurs quotidiens

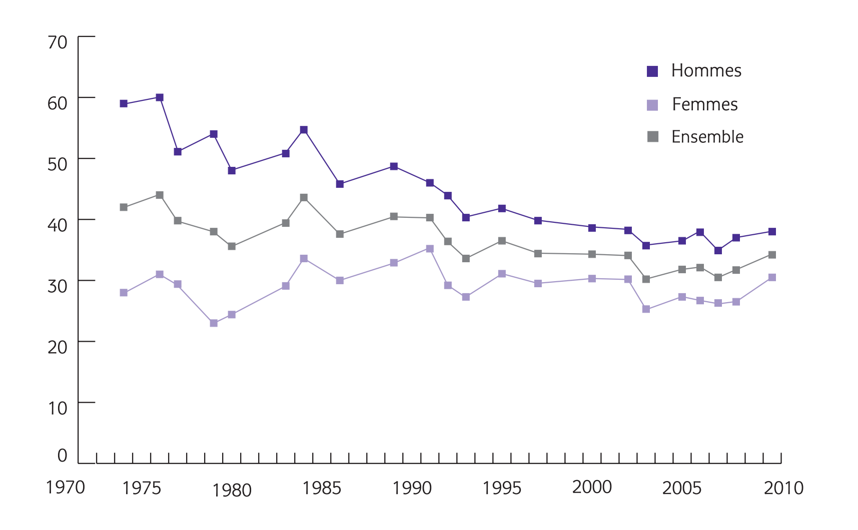
En France, en 2010, environ 13,4 millions de personnes fument quotidiennement parmi les 11-75 ans, dont 9 millions plus de 10 cigarettes par jour [12, 13].

Reprise du tabagisme chez les adultes

Après avoir longtemps baissé depuis les années 1950, la proportion de fumeurs actuels a augmenté entre 2005 et 2010 (graphique 1), tout comme l'usage quotidien. Ce dernier concerne près de 30 % des 18-75 ans en 2010, soit une hausse de 2 points par rapport à 2005. Il s'agit de la première augmentation significative depuis la loi Évin en 1991. Plus particulièrement, les femmes sont plus nombreuses à fumer quotidiennement (de 23 % à 27 % entre 2005 et 2010), surtout celles de 45 à

64 ans (+ 6 points en cinq ans), issues d'une génération qui a adopté le comportement tabagique des hommes et ne s'est pas arrêté en raison de son âge ou a recommencé à fumer. Toutefois, les hommes restent toujours plus souvent consommateurs que les femmes et fument en plus grande quantité [12]. Par ailleurs, la prévalence tabagique chez les chômeurs est la plus élevée et celle qui a connu la plus forte progression entre 2005 et 2010, passant de 44 % à 50,8 %, dans un contexte de crise économique et de hausse des prix qui ne favorise pas forcément l'arrêt chez les fumeurs précaires [13, 60].

Graphique 1 - Proportion de fumeurs actuels parmi les 18-75 ans selon le sexe, 1974-2010 (en %)



Seule la notion de « fumeurs actuels » est commune à toutes les enquêtes.

Sources : enquêtes Baromètre santé, CFES/INPES, exploitation OFDT

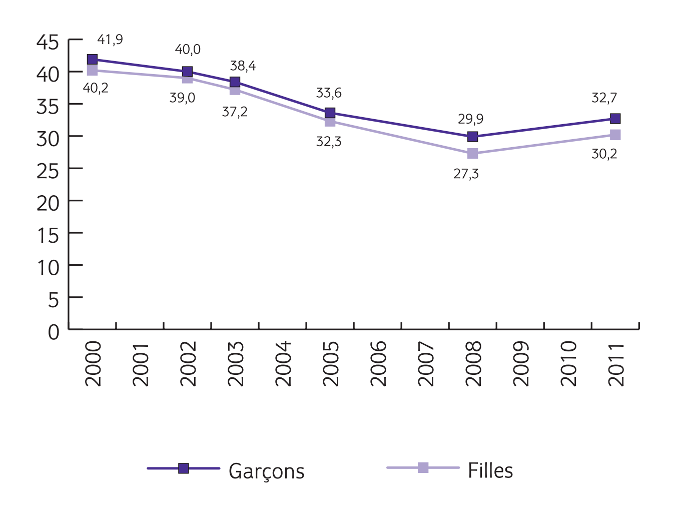
Plus d'un jeune sur deux a déjà fumé à 15 ans

Au fil des années du collège, les jeunes sont de plus en plus nombreux à expérimenter la cigarette. En 2010, 9 % ont déjà fumé à 11 ans, 25 % à 13 ans et plus de 55 % à 15 ans. Ces proportions sont stables par rapport à 2006, hormis chez les adolescents de 13 ans pour qui elles baissent

(- 4 points, le recul étant principalement imputable aux garçons). L'initiation au tabac se fait plus précocement chez les garçons, mais les filles sont plus nombreuses à avoir expérimenté la cigarette à la fin du collège. L'usage quotidien concerne quant à lui 1 % des jeunes de 11 ans et 16 % de ceux de 15 ans ; il est orienté à la hausse par rapport à 2006 [221].

En 2011, 63 % des jeunes de 16 ans ont expérimenté le tabac et 22,8 % sont des fumeurs quotidiens ; ils étaient respectivement 60 % et 17 % en 2007. Parmi les jeunes Français de 17 ans, 68 % déclarent en 2011 avoir déjà fumé au moins une cigarette, soit 2 points de moins qu'en 2008. Le recul est plus marqué chez les garçons (- 3,5 points) que chez les filles (- 1 point). En revanche, comme pour les plus jeunes, l'usage quotidien progresse, passant de 29 % en 2008 à 31,5 % en 2011 (graphique 2). Cette évolution est modérée, mais marque une rupture avec la baisse observée depuis 2000 [222] ; d'autant plus que l'âge au-dessous duquel il est interdit de vendre du tabac a été relevé en 2009 à 18 ans, avec la loi HPST, contre 16 ans depuis 2003.

Graphique 2 - Évolution de l'usage quotidien de tabac à 17 ans, 2000-2011 (en %)



Source : Enquêtes ESCAPAD (OFDT)

Combien de fumeurs sont particulièrement dépendants au tabac en France ?

En 2010, 35 % des fumeurs quotidiens de 18-75 ans présentent des signes de dépendance moyenne et 18 % de forte dépendance, contre respectivement 34 % et 20 % en 2005. Parmi les personnes qui continuent de fumer, la proportion de celles fortement dépendantes augmente avec l'âge jusqu'à 54 ans et diminue ensuite. Elle touche plus fréquemment les hommes (20 %) que les femmes (17 %) [12].

La dépendance au tabac est à la fois psychologique et physique. Elle peut être mesurée à l'aide de nombreux tests. Les standards internationaux qui définissent la dépendance pour toutes les substances (DSM-IV ou CIM 10) sont plutôt centrés sur la dépendance psychique et mesurent également le syndrome de sevrage à la nicotine. Pour le diagnostic de dépendance physique chez les adultes, le test qui fait aujourd'hui référence est le test de Fagerström.

Sur la base de ces tests, des études internationales montrent que le risque de développer une dépendance est particulièrement élevé pour le tabac et que celle-ci est importante dès après une année de tabagisme [124]. Mais ces tests sont difficilement utilisables dans les vastes enquêtes, en particulier parce que le questionnement est trop long. D'où l'utilisation fréquente du mini-test de Fagerström, portant sur les quantités consommées et le délai entre le réveil et la première cigarette de la journée, deux facteurs fortement corrélés.

Les adultes dans la moyenne européenne mais des jeunes très fumeurs

En 2011, la France se situe parmi les pays qui comptent le plus de jeunes de 16 ans ayant consommé du tabac au cours du mois précédant l'enquête. Avec 38 % de fumeurs (34 % des garçons et 43 % des filles), elle est bien au-delà de la moyenne européenne, où elle se situait en 2007. Parmi les pays qui ont participé aux cinq éditions de l'enquête ESPAD, le tabagisme chez les jeunes a baissé de 7 points entre 1999 et 2007, baisse qui se maintient entre 2007 et 2011 à l'exception de la France [117].

Chez les adultes, la comparaison avec les autres pays européens s'avère plus délicate car les années d'enquête, les âges et les définitions adoptées changent souvent selon les pays (fumeurs actuels, fumeurs réguliers ou quotidiens). Selon l'enquête Eurobaromètre tabac menée en 2012 auprès d'un millier d'individus seulement au niveau national, la France se situerait

dans la moyenne européenne (28 % de fumeurs actuels). Parmi les pays de l'Union européenne, hormis la Suède où le tabac oral (le *snus*) est privilégié, le Portugal se classe comme le pays le moins consommateur de tabac (23 % de fumeurs actuels), alors que la Grèce arrive en tête du classement (40 %) [226].

Des ventes de tabac plutôt stables

En 2012, les ventes de tabac dans le réseau buraliste français s'élèvent à 62 133 t, en baisse sensible pour la première fois depuis plusieurs années : les cigarettes représentent environ 83 % du marché, viennent ensuite les tabacs à rouler (près de 8 500 t en 2012, soit 13,7 % du marché) et les cigares et cigarillos (environ 1,5 milliards d'unités) [158]. Les ventes de tabac à pipe et des autres formes de tabac (à priser et à mâcher) sont plus rares et en baisse [145].

En 2012, le réseau buraliste a vendu 51,5 milliards de cigarettes en France, soit 4,9 % de moins qu'en 2011, très probablement en raison des hausses de prix d'octobre 2011 et 2012, qui ont fait passer le paquet de la marque la plus vendue à plus de 6,50 euros [158]. Les taxes sur le tabac (TVA comprise) se sont élevées à 14 milliards d'euros en 2012 (voir chapitre 7.2).

Entre la fin de la Seconde Guerre mondiale et 1991 (loi Évin), les ventes de cigarettes ont augmenté de façon continue. Même si la loi Veil en 1976 avait déjà ralenti leur rythme de croissance [119], ce n'est qu'au début des années 1990 qu'elles ont commencé à reculer (- 2 % par an). La baisse des ventes de cigarettes enregistrée en 2003 (- 13,5 %) puis en 2004 (- 21 %) a été spectaculaire (graphique 3). Les hausses successives des prix en sont la raison principale, dans un contexte général de lutte contre le tabagisme (campagnes d'information, avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes, etc.). Depuis, les ventes de cigarettes ont été relativement stables, ne variant que de 2 % à 3 % à la hausse ou à la baisse [138]. L'année 2012 constitue la première baisse sensible du niveau des ventes, la plus forte depuis 2005. En revanche, les achats hors réseau buraliste sont devenus un moyen d'approvisionnement relativement fréquent : une cigarette sur cinq consommée par les fumeurs français ne proviendrait pas d'un bureau de tabac implanté en France. Ainsi, les achats transfrontaliers représenteraient ces dernières années 15 % de la consommation totale de cigarettes en France et les achats illégaux (*duty-free*, Internet, contrebande et contrefaçon) 5 % à 6 % [150].

Graphique 3 - Évolution comparée des ventes de cigarettes et du prix relatif du tabac, 1970-2011

Nombre de cigarettes par jour et par habitant de plus de 15 ans

Prix relatif (base 100 en 1970)

Sources : Ventes de tabac (Altadis distribution) ; Prix relatif (INSEE)

La chicha (ou narguilé) : réglementation, risques sanitaires et niveaux d'usage

La chicha (ou narguilé) désigne à la fois une forme traditionnelle de consommation du tabac utilisée depuis plusieurs siècles, principalement en Asie et en Afrique, mais aussi l'objet utilisé dans ce cadre.

Le principe de la chicha repose sur un mélange de tabac chauffé grâce à du charbon, produisant une fumée qui, après son passage dans un réservoir rempli d'eau, est inspirée par l'usager au moyen d'un tuyau souple. Le mélange de tabac utilisé, généralement appelé tabamel, est composé de mélasse (70 % environ), de tabac (28 %) et d'arômes variés (pomme, fraise, menthe, etc.).

Réglementation

Selon la législation française, le tabac à chicha est un produit du tabac : il est donc soumis aux mêmes dispositions réglementaires que les autres types de tabac. De fait, sa vente se fait uniquement via le réseau buraliste et les revendeurs agréés et est interdite aux moins de 18 ans. Il doit aussi comporter les avertissements sanitaires textuels et visuels, ainsi que les éléments sur sa composition.

Concernant l'interdiction de fumer dans les lieux fermés (loi Évin en 1991 puis décret Bertrand mis en application en 2007-2008), elle s'applique aux bars à chicha, comme aux autres lieux de convivialité accueillant du public. Il est en revanche autorisé de fumer en terrasse ou dans un fumoir spécialement aménagé (avec des normes strictes). Mais celui-ci ne peut constituer qu'une partie de l'établissement et pas la totalité (auquel cas le bar est en infraction).

Risques sanitaires

La fumée de chicha expose aux mêmes risques pour la santé que les cigarettes ou le tabac à rouler : diminution des fonctions respiratoires, affections cardio-vasculaires, cancer du poumon et des voies aéro-digestives supérieures, etc. Toutefois, les études épidémiologiques manquent encore pour évaluer le degré de complications à moyen et à long termes de ce type d'usage du tabac.

D'après une synthèse documentaire élaborée par l'OMS en 2005, une séance de chicha d'une heure correspond à l'inhalation de la fumée de 100 à 200 cigarettes. En effet, le fait que la fumée de chicha soit moins âcre (grâce à la vapeur d'eau et aux parfums sucrés) que celle des cigarettes incite les fumeurs à inhaler plus profondément, alors que le passage dans le liquide n'élimine pas les composants toxiques, parmi lesquels le monoxyde de carbone, les métaux lourds et les substances cancérogènes. Des conséquences sur la santé des non-fumeurs (tabagisme passif) et du fœtus ou du nourrisson ont également été observées. Par ailleurs, ce type de consommation est responsable du retour de certaines maladies infectieuses : le partage de la pipe à eau a été identifié comme étant à l'origine de foyers de tuberculose [189].

Niveaux d'usage

En France, la chicha est devenu un mode de consommation du tabac chez les adolescents, qui semble se développer, constituant pour certains une porte d'entrée dans le tabagisme. En 2011, plus de la moitié (53 %) des jeunes âgés de 16 ans disent avoir déjà consommé du tabac avec une chicha, ils étaient un tiers en 2007. Ils sont aussi deux fois plus nombreux à n'avoir expérimenté que ce mode d'usage du tabac (8 % contre 4 % en 2007) [219, 220]. Chez les adultes, 2,9 % de la population fument la chicha en 2010, de façon occasionnelle ou régulière. Parmi eux, 42,1 % en fument au moins une fois par mois et 10,4 % de façon hebdomadaire. Les hommes sont deux fois plus consommateurs que les femmes (3,9 % contre 2 %). L'usage est maximal à 15-19 ans (13,4 %) et diminue ensuite avec l'âge, pour atteindre moins de 1 % après 35 ans [10].

Des saisies à leur plus haut niveau

En 2011, les services des douanes ont saisi 462 t de tabac au cours de 13 258 constatations, soit une valeur marchande de 109 millions d'euros [85]. Ces résultats étaient en nette progression par rapport à l'année précédente, à un niveau jamais atteint, résultat d'une volonté du ministère de tutelle d'accroître les saisies après l'annonce d'une proportion de 20 % d'achats effectués hors des bureaux de tabac français. Par rapport à 2010, la Douane a donc enregistré un tiers de quantités interceptées supplémentaires, pour seulement 4 % d'opérations en plus. En 2012, les saisies sont en recul de 19,7 %, soit 371 t, constituant pourtant le deuxième plus haut niveau jamais enregistré [84].

Hausse des initiatives d'arrêt du tabac

Les fumeurs souhaitant diminuer ou arrêter leur consommation de tabac disposent aujourd'hui d'une large palette de méthodes, allant des traitements de sevrage en vente libre en pharmacie aux consultations de tabacologie, sans oublier les lignes téléphoniques spécialisées.

En 2012, les consultations spécialisées en tabacologie, en grande majorité hospitalières, ont accueilli en moyenne 15,2 nouveaux patients par mois et par centre, un chiffre en hausse par rapport à 2011. Parmi ces nouveaux patients, plus de la moitié (53 %) est adressée par un professionnel de santé et 42 % y accèdent par une démarche personnelle (le reste venant sur demande de l'entourage). Le nombre de ces structures a beaucoup progressé (environ 660 contre 400 en 2000, selon l'Office français de prévention du tabagisme).

La cigarette électronique

La cigarette électronique, aussi appelée e-cigarette, reproduit les sensations d'une cigarette classique à base de tabac, dont elle peut avoir l'apparence ou celle d'un gros stylo. Elle aurait été développée en Chine au milieu des années 2000 par un pharmacien. Il en existe de deux types, jetables ou rechargeables, mais le principe est toujours le même (les secondes étant seulement vendues avec en plus un chargeur USB ou sur secteur). La cigarette électronique est composée d'une batterie, d'un microprocesseur, d'un atomiseur et d'une cartouche remplie d'un liquide (e-liquide). Ce dernier contient des substances aromatiques variées (menthe, pomme, etc.) ou copie le goût de la cigarette, avec du propylène glycol et/ou de la glycérine végétale, des additifs, et selon les modèles, de la nicotine, à différentes concentrations. Certains modèles intègrent une diode qui simule l'incandescence d'une véritable cigarette. Lors de l'aspiration, le liquide, mélangé à l'air inspiré, est diffusé sous forme de vapeur, semblable à la fumée d'une cigarette traditionnelle, puis inhalée par l'utilisateur. Comme elle n'occasionne aucune combustion, elle ne dégagerait pas les substances cancérogènes contenues dans la fumée de cigarette, ni de monoxyde de carbone ou de goudrons, mais les données sont encore insuffisantes pour l'assurer.

Le marché en France

La cigarette jetable est vendue entre 5 et 10 euros l'unité, son prix étant dégressif quand elle est vendue en lot, et équivaut selon les produits à trente à cinquante cigarettes. La version rechargeable atteint quant à elle des prix allant de 20 à 80 euros. Le marché des cigarettes électroniques est encore peu organisé et réglementé, avec de nombreux fabricants qui se le partagent, sur Internet, dans les boutiques spécialisées mais aussi dans les bureaux de tabac ou encore dans certaines pharmacies (malgré l'interdiction rappelée par l'Ordre des pharmaciens).

En France, elle est apparue après le renforcement de l'interdiction de fumer dans les lieux publics en 2007-2008, certains fumeurs l'utilisant comme un substitut à la cigarette dans ces endroits. Bien qu'aucune étude de prévalence n'ait encore été menée, son usage semble se développer : l'Hexagone compterait en 2013, d'après les fabricants, près de 500 000 usagers actuels, souvent appelés vapoteurs, en référence à la vapeur d'eau produite et pour se démarquer des fumeurs de cigarettes traditionnelles contenant du tabac. La multiplication des ouvertures de nouveaux magasins spécialisés semble le confirmer.

Début 2012, selon l'Eurobaromètre tabac, 1 % des Européens utilisent ou ont utilisé la cigarette électronique de façon quotidienne (soit plus de 4 millions d'individus de 15 ans et plus dans l'Union européenne), 1 % le font ou l'ont fait de façon occasionnelle et 5 % l'ont essayé une ou deux fois (soit 21 millions de personnes). En France, l'échantillon de l'enquête ne comptait pas d'usagers quotidiens mais 1 % d'utilisateurs occasionnels (soit environ 500 000 personnes) et 6 % qui l'ont essayé une ou deux fois (soit 3 millions d'expérimentateurs).

Ni un produit du tabac…

La cigarette électronique n'est pas un produit du tabac au regard de la législation actuelle en France, puisqu'elle n'en contient pas et qu'elle ne produit pas de combustion. De ce fait, elle n'est pas soumise à la réglementation des produits du tabac (sauf par rapport à l'interdiction de publicité indirecte pour le tabac), les buralistes n'ont pas le monopole de sa vente, qui n'est pas interdite aux mineurs et aucun avertissement sanitaire n'est présent sur son conditionnement. Il n'est pas non plus interdit de « vapoter » dans les lieux publics ou de convivialité, même si cela pourrait être répréhensible sous l'angle de l'incitation à fumer, mais les entreprises ont la possibilité de l'interdire dans leur règlement intérieur.

…ni une aide au sevrage avérée

Bien que certains fumeurs s'en servent comme aide au sevrage tabagique, aucune cigarette électronique ne revendique à ce jour ce statut, qui l'obligerait alors à obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM). Par ailleurs, le dispositif est également considéré comme un médicament lorsqu'il contient au moins 10 mg de nicotine par cartouche ou 20 mg/ml d'e-liquide. Étant donné qu'elles ne figurent pas sur la liste des produits dont la délivrance en pharmacie est autorisée, les cigarettes électroniques ne peuvent y être vendues.

En l'absence d'études scientifiques suffisantes sur son innocuité ou ses potentiels effets délétères pour la santé, mais aussi sur son intérêt potentiel dans l'aide à l'arrêt du tabac, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et le ministère de la Santé ont déconseillé son utilisation [164]. Toutefois, début 2013, la Direction générale de la santé a soutenu une étude qui doit dresser l'état des connaissances et dispositions juridiques applicables à ce dispositif. En France, la réflexion sur les modalités de réglementation de ce produit se poursuit, à l'instar d'autres pays européens, et pourrait être encadrée par la future directive européenne sur les produits du tabac, actuellement en cours de discussion.

En 2009, 17,4 % des médecins généralistes ont vu, au cours des sept jours précédant l'enquête, au moins trois patients dans le cadre d'un sevrage tabagique ; ce chiffre a presque doublé en dix ans (9,7 % en 1998), démontrant le rôle croissant de ces praticiens dans la prise en charge des fumeurs [110].

Entre 2000 et 2012, les ventes de substituts nicotiniques ont presque doublé, en particulier grâce au dynamisme des formes orales (gommes à mâcher et comprimés). L'augmentation a été particulièrement marquée en 2003 et 2004, au moment des hausses du prix des cigarettes. Après une forte baisse en 2005, le marché a retrouvé son niveau et se stabilise depuis plusieurs années autour de deux millions d' « équivalents patients traités » par an. Depuis 2008, les substituts sous forme orale ont détrôné les timbres transdermiques (ou « patchs ») en nombre de traitements. Les deux médicaments, Champix® (varénicline) et Zyban® (bupropion), après avoir connu un succès important au cours des premières années après leur commercialisation, ont vu leurs ventes (en « équivalents patients traités ») fortement reculer, jusqu'à représenter moins de 5 % du marché en 2012 [158].

Un système de prise en charge partielle (à hauteur de 50 euros par an) des traitements pour l'arrêt du tabac a été mis en place par l'Assurance maladie en février 2007. Depuis le 1er septembre 2011, le montant concernant les femmes enceintes a été triplé pour atteindre 150 euros. En 2011, 372 404 personnes ont bénéficié de ce dispositif, contre 336 000 en 2010.

Une mortalité encore essentiellement masculine

En 2004, le nombre de décès attribuables au tabagisme est estimé à environ 73 000, dont 59 000 chez les hommes. Les décès liés au tabac représentent 22 % de la mortalité masculine (1 décès sur 3 parmi les 30-69 ans) et 5 % de la mortalité féminine. La moitié de ces décès a lieu avant 70 ans. La part des décès féminins liés au tabac est en progression du fait du développement du tabagisme des Françaises au cours des quarante dernières années. L'espérance de vie d'un fumeur est réduite de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur [118] (voir chapitre 3.4).

Repères méthodologiques

Baromètre santé ; Baromètre santé médecins généralistes ; ESCAPAD ; ESPAD ; Eurobaromètre tabac ; HBSC ; Saisies de tabac ; Tableau de bord mensuel tabac.

9.11 Les jeux de hasard et d'argent

Maud Pousset, Marie-Line Tovar

Les jeux de hasard et d'argent (JHA) constituent une activité ancienne et répandue, mais longtemps interdite. Leur offre s'est étoffée, s'étendant même depuis la loi n° 2010-476 du 12 mai 2010 à certains jeux sur Internet (paris hippiques, paris sportifs et poker). Si la société a longtemps porté sur cette activité des jugements moraux, l'approche actuelle tend à distinguer une pratique récréative – la plus fréquente – du jeu pathologique, considéré comme un trouble. Le DSM-IV-TR (« Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », publié par l'Association américaine de psychiatrie) le classe parmi les « troubles du contrôle des impulsions » et le définit comme la « pratique inadaptée, persistante et répétée de jeux d'argent qui perturbent l'épanouissement personnel, familial ou professionnel ». Certains spécialistes évoquent à propos de ce comportement une addiction sans drogue ou comportementale. À la fin des années 2000, dans un contexte de possible ouverture des jeux en ligne (officialisée en 2010, voir chapitre 8.5), les conséquences de ces usages préoccupent de plus en plus les pouvoirs publics : la Direction générale de la santé commande à l'INSERM une expertise collective en 2008 [125] à la suite de laquelle a lieu, en 2010, la première enquête épidémiologique nationale sur les jeux de hasard et d'argent [69]. Par ailleurs, le Comité consultatif des jeux est créé par décret le 9 mars 2011.

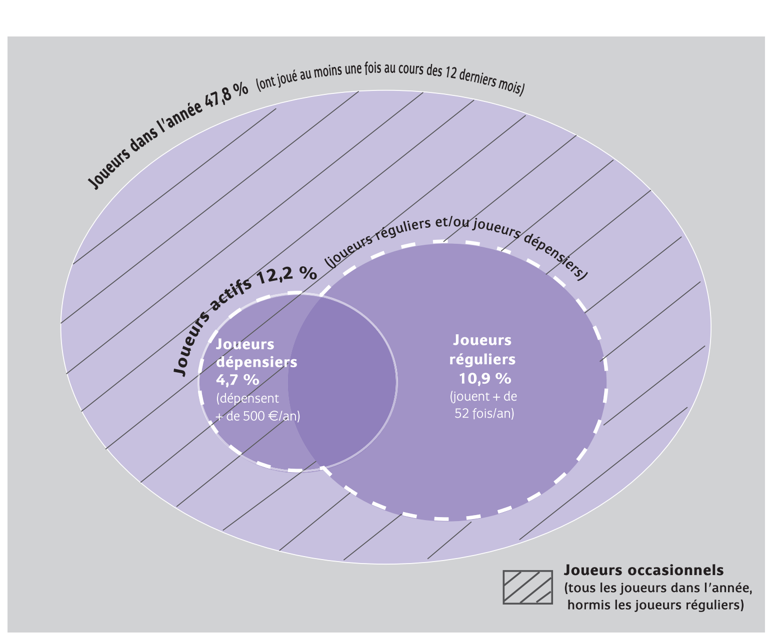
Une pratique courante, des usages problématiques rares

En 2010, en France, près de une personne sur deux (47,8 %) âgée de 18 à 75 ans déclare avoir joué de l'argent au cours des 12 derniers

mois [69]. L'enquête sur laquelle reposent ces prévalences d'usage s'est concentrée sur huit catégories de jeux : jeux de tirage, jeux de grattage, PMU (Paris mutuel urbain), Rapido, paris sportifs, poker, machines à sous et jeux de table.

La majorité des personnes qui jouent le font assez exceptionnellement et n'investissent que d'assez petites sommes d'argent : 10,9 % seulement de la population jouent à un rythme au moins hebdomadaire et 4,7 % dépensent plus de 500 euros dans l'année. Ensemble ils forment le groupe des joueurs actifs (figure 1). Il existe par ailleurs de très fortes disparités entre joueurs, dans la fréquence et le montant des mises.

Figure 1 - Typologie et répartition des joueurs de jeux de hasard et d'argent parmi les 18-75 ans, en 2010



Les pourcentages correspondent à des prévalences en population générale

Joueur dans l'année : a joué au moins une fois au cours des 12 derniers mois
Joueur occasionnel : a joué au moins une fois mais moins de 52 fois au cours des 12 derniers mois
Joueur actif : a joué au moins 52 fois au cours des 12 derniers mois (joueur régulier) et/ou a misé au moins 500 euros au cours des 12 derniers mois (joueur dépensier) ; le joueur actif est donc ou bien un joueur régulier, ou bien un joueur dépensier, ou bien les deux.

Source : Baromètre santé 2010, module Jeu de hasard et d'argent (INPES/OFDT)

En 2011, près de la moitié (44 %) des jeunes Français de 17 ans déclarent avoir déjà joué à un jeu de hasard et d'argent au cours de leur vie et 39 % au cours des 12 derniers mois.

Comme chez les adultes, on trouve davantage de joueurs parmi les garçons (50 % contre 38 % des filles). Cette différence est particulièrement marquée pour les jeux de pronostics et les paris sportifs (45 % des garçons ayant joué au cours des 12 derniers mois contre 10 % des filles), alors que pour les jeux de casinos, le poker et les machines à sous les écarts sont moindres (28 % contre 15 %).

Parmi les joueurs dans l'année, 88 % ont joué à des jeux de tirage ou de grattage, qui sont, comme en population adulte, les jeux de hasard et d'argent les plus pratiqués. En deuxième position, les pronostics et paris sportifs concernent 31 % des joueurs dans l'année et la pratique du poker ou des jeux de casino, moins répandue, est rapportée par 23 % d'entre eux. Cependant, la loi interdisant l'accès des casinos aux mineurs (décret n° 59-1489 du 22 décembre 1959), ce chiffre pourrait essentiellement refléter une pratique de poker entre amis.

Bien qu'interdite aux mineurs (loi du 12 mai 2010), la pratique de jeux en ligne est déclarée par 14 % des joueurs dans l'année, ce qui suppose des stratégies de contournement. Cette pratique est particulièrement répandue chez les jeunes joueurs de poker, parmi lesquels 39 % jouent généralement en ligne.

Quel que soit le type de jeux, la moitié des joueurs dans l'année jouent une fois par mois ou moins, les sommes jouées restant en général limitées et inférieures à 10 euros.

À 17 ans le repérage des problèmes liés aux jeux (échelle ICJE) a été limité à ceux qui avaient joué au cours des 7 derniers jours, soit 11 % des adolescents. Parmi eux, 14 % sont classés comme joueurs à risque modéré selon l'ICJE et 3 % seraient des joueurs excessifs (soit environ 0,3 % des jeunes de 17 ans).

Les hommes plus joueurs que les femmes

Les hommes sont plus joueurs et cette prédominance masculine est d'autant plus marquée que l'activité de jeu s'intensifie. Ainsi, 51,3 % des hommes déclarent avoir joué au cours des 12 derniers mois, contre 44,4 % des femmes, et ils sont 13,8 % à jouer au moins une fois par semaine, contre 8,0 % des femmes. Si 7,1 % des hommes ont dépensé plus de 500 euros au cours de la dernière année, ce n'est le cas que pour 2,1 % des femmes.

Davantage de joueurs réguliers avec l'avancée en âge

La pratique des jeux de hasard et d'argent est plus fréquente parmi les adultes âgés de 25 à 34 ans, elle décroît ensuite. Néanmoins, la part des joueurs réguliers augmente de façon continue avec l'âge (1/10e des joueurs de moins de 25 ans, 1/5e de 45 à 54 ans et 1/3 des joueurs de plus de 65 ans jouent régulièrement – soit au moins une fois par semaine).

Le jeu problématique concernerait environ 600 000 personnes

L'indice canadien du jeu excessif (ICJE) permet d'estimer le niveau de risque des joueurs sur des critères cliniques auto-évalués. Selon la terminologie associée à cette échelle (voir encadré), la prévalence du jeu excessif en France est estimée, en 2010, à 0,4 % de la population des

Indice canadien du jeu excessif (ICJE)

Questions :

Au cours des douze derniers mois...
Avez-vous misé plus d'argent que vous pouviez vous permettre de perdre ?
Avez-vous besoin de miser de plus en plus d'argent pour avoir la même excitation ?
Avez-vous rejoué une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu en jouant ?
Avez-vous vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ?
Avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème avec le jeu ?
Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'angoisse ?
Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou dit que vous aviez un problème avec le jeu ?
Vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre entourage ?
Vous êtes-vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?

Réponses et score associé (par question) :
Jamais (0), Parfois (1), La plupart du temps (2), Presque toujours (3)
Calcul du score : somme des scores des 9 items
Interprétation :
- Sans risque : 0
- À faible risque: 1-2
- À risque modéré : 3-7
- Excessif : > 8

18-75 ans, soit environ 200 000 personnes. Celle des joueurs à risque modéré s'élèverait à 0,9 % (soit approximativement 400 000 personnes), pour un total de 1,3 % de joueurs problématiques [69].

Parmi les joueurs actifs (qui jouent au moins 52 fois ou un minimum de 500 € au cours des 12 derniers mois, voir figure 1), les joueurs problématiques misent des sommes plus importantes : 25 % des joueurs à risque modéré dépensent plus de 1 300 euros dans l'année et 25 % des joueurs excessifs plus de 3 000 euros. Ce seuil n'est que de 520 euros pour l'ensemble des joueurs actifs.

Bien que les comparaisons internationales soient rendues hasardeuses par les différences méthodologiques – en particulier le choix des échelles de repérage –, la France semble se situer à un niveau de prévalence médian par rapport aux pays développés ayant déjà réalisé ce type d'enquêtes, loin derrière les États-Unis ou l'Australie, qui compteraient autour de 5 % de joueurs problématiques.

À quoi jouent les joueurs les plus « assidus » ?

En se focalisant sur les joueurs qui ont joué au moins 52 fois ou ont misé au moins 500 euros au cours des 12 derniers mois, il a été possible d'analyser plus précisément leurs différentes pratiques de jeux.

Les jeux de tirage et de grattage ne nécessitent pas ou peu d'apprentissage. Ce sont de loin les plus pratiqués (respectivement 75,0 % et 62,2 % des joueurs actifs y ont joué dans l'année), les autres jeux, PMU en tête, ne concernant pas plus de 25 % des joueurs actifs. Sur les huit familles de jeux étudiées, seules deux, le tirage et les machines à sous, sont autant pratiquées par les hommes que par les femmes. Pour cinq autres familles (PMU, paris sportifs, Rapido, jeux de table de casino et poker), la proportion d'adeptes chez les hommes est plus importante que chez les femmes. Cette caractéristique est particulièrement marquée pour les jeux ayant une dimension sportive (PMU et paris sportifs notamment). À l'inverse, plus de femmes que d'hommes jouent aux jeux de grattage. Par ailleurs, la fréquence de jeu varie notablement avec le type de jeu.

Début 2010, bien que l'essentiel de l'offre de jeu de hasard et d'argent sur Internet soit illégale, 9,1 % des joueurs actifs rapportaient une telle activité, 4,7 % à une fréquence au moins hebdomadaire. Les paris sportifs, le poker et les jeux de tirage y sont les plus pratiqués, par un public majoritairement composé d'hommes (81,6 % contre 62,7 % de l'ensemble des joueurs actifs) et de jeunes (45,1 % ont moins de 35 ans).

Facteurs associés au jeu problématique

Le joueur problématique, plus jeune, plus précaire et moins diplômé

Plusieurs facteurs socio-démographiques sont associés au jeu pathologique (tableau 1). Ainsi, les joueurs excessifs (au sens de l'ICJE) sont plus souvent des hommes (75,5 %, contre 62,7 % des joueurs actifs) et sont significativement plus jeunes que les joueurs actifs (41 ans en moyenne contre 47 ans). Cette population se caractérise aussi par sa précarité financière ; ils sont 57,8 % à déclarer un revenu inférieur à 1 100 euros, contre 34,7 % chez les joueurs actifs. Un peu plus de la moitié d'entre eux vivent en couple (55,2 %, contre 70,7 % de l'ensemble des joueurs actifs). Plus d'un joueur excessif sur trois ne possède aucun diplôme et la quasi-totalité a un niveau d'études inférieur ou égal au baccalauréat, proportions largement supérieures à celles observées chez les joueurs actifs ou dans l'année.

D'autres facteurs associés à l'addiction au jeu sont documentés dans la littérature scientifique, comme la précocité des pratiques, les difficultés sur le plan social, familial ou judiciaire, ou encore des antécédents familiaux de jeu problématique, sans préjuger des liens de causalité.

Tableau 1 - Caractéristiques socio-démographiques des joueurs (%, années et euros), en 2010

	Hommes	Âge moyen	Revenu ≤ 1 100 €	Aucun diplôme	Vit en couple
Population générale 18-75 ans (n=25 034)	48,6	44,9 ans	34,7	17,1	65,5
Joueurs dans l'année (n=11 780)	52,2	43,3 ans	32,7	16,3	67,7
Joueurs actifs (n=2 762)	62,7	47,2 ans	34,7	21,6	70,7
Joueurs à risque modéré (n=179)	76,1	41,6 ans	52,4	33,2	53,7
Joueurs excessifs (n=79)	75,5	41,4 ans	57,8	36,3	55,2

Source : Baromètre santé 2010, module Jeux de hasard d'argent (INPES/OFDT)

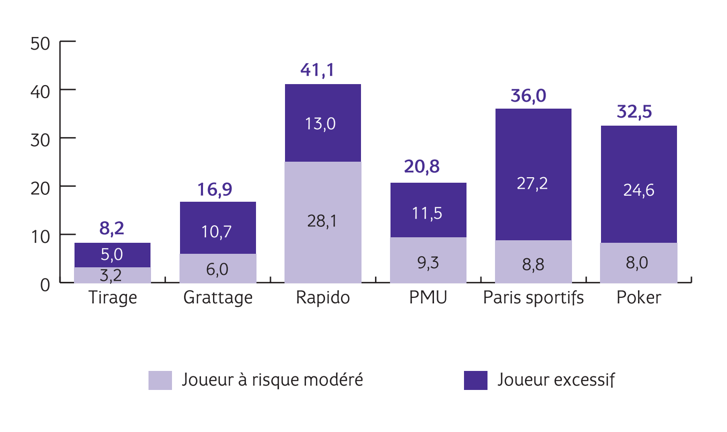
Le Rapido, le PMU et les paris sportifs davantage associés aux usages problématiques

Un ajustement sur les variables socio-démographiques les plus liées à l'appartenance au groupe de joueurs actifs (âge, sexe, diplôme, revenu) fait apparaître le Rapido, le PMU et les paris sportifs comme davantage associés au jeu excessif (les effectifs des joueurs réguliers de poker, des jeux de table et des machines à sous sont trop faibles pour permettre une telle analyse).

De façon générale, l'activité des joueurs actifs sans risque (au sens de l'ICJE) se concentre essentiellement sur les jeux de tirage (76,5 % des joueurs) et de grattage (59,9 %), tous les autres jeux mobilisant moins de 20 % de cette population. Au contraire, les joueurs excessifs ont une activité beaucoup plus éclectique, avec six des huit catégories de jeux pratiquées par plus de 25 % des joueurs.

Parmi les joueurs actifs, davantage d'« excessifs » sont dénombrés parmi ceux jouant sur Internet. Près de un internaute joueur actif sur 10 est classé dans la catégorie « excessif » (8,3 %) et 14,4 % sont des joueurs à risque modéré.

Figure 2 - Prévalence de jeu « problématique » parmi les joueurs actifs selon le type de jeu (≥ 52 fois dans l'année), en %



Exemple de lecture : Parmi les joueurs actifs, 13,0 % de ceux qui ont joué au Rapido au moins 52 fois dans l'année ont une pratique excessive, et, au total, 41,1 % ont une pratique problématique.

Source : Baromètre santé 2010, module Jeux d'argent (INPES/OFDT)

Troubles et comportements associés, conséquences socio-sanitaires

Des comorbidités psychiatriques fréquentes

Le jeu pathologique peut être associé à d'autres troubles psychiatriques, sans présager toutefois d'un lien de causalité. Les plus fréquents sont les troubles de l'humeur (trouble bipolaire en tête), retrouvés chez plus de 50 % des sujets dans la majorité des études [125]. Par ailleurs, les joueurs pathologiques semblent être plus enclins au suicide, même si le surrisque n'est pas connu : il pourrait être essentiellement lié à l'existence associée d'une dépression ou de consommations de substances. Une forte association du jeu pathologique avec plusieurs troubles de la personnalité a été décrite [29, 200]. Des associations marquées avec des troubles anxieux (particulièrement avec le trouble panique avec agoraphobie) et des troubles de l'humeur (surtout les épisodes maniaques) ont aussi été démontrés [200]. Enfin, si le jeu pathologique a pu être rapproché des troubles obsessionnels compulsifs (TOC), aucune association entre ces deux troubles n'a été montrée.

Davantage de fumeurs quotidiens et de consommateurs problématiques d'alcool

Les addictions à des produits psychoactifs (alcool, tabac, drogues illicites) sont également plus fréquentes chez les joueurs problématiques que dans la population générale. Ainsi, parmi les joueurs excessifs, environ deux individus sur trois sont des fumeurs quotidiens (64,2 %), contre un sur trois environ en population générale ou chez les joueurs dans l'année (respectivement 30 % et 34 %). Cette différence reste significative quand on prend en compte des facteurs sociodémographiques comme le sexe, l'âge et le niveau de diplôme des joueurs.

En matière d'alcool, les consommations les plus à risque sont plus fréquemment rencontrées chez les joueurs qu'en population générale. Cette surreprésentation s'accentue chez les joueurs excessifs : 26,3 % ont un risque de dépendance à l'alcool (échelle AUDIT-C) et la moitié (50,5 %) affiche une consommation à risque (contre respectivement 3,2 % et 15,5 % en population générale).

La consommation mensuelle de cannabis des joueurs dans l'année est comparable à celle en population générale (4,3 % contre 4,4 %), mais celle des joueurs excessifs est plus élevée (6,1 %).

Une association significative est mise en évidence entre les pratiques de jeu les plus à risque et les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis [69], confirmant un lien entre jeu problématique et consommations « problématiques » de substances psychoactives, largement décrit dans la littérature [125, 136, 200].

Un impact sanitaire et social encore mal décrit en France

Aucune étude française ne décrit le coût individuel ou sociétal du jeu problématique. Si les bénéfices économiques de l'industrie du jeu et ses retombées en termes d'emploi sont connus, il est impossible de mesurer la part liée au jeu problématique. L'impact sur les joueurs et leurs proches peut être considérable : conséquences financières, pouvant aller jusqu'au surendettement ou à la faillite, mais aussi relationnelles et familiales (séparations, isolement…), professionnelles (perte d'emploi…), psychologiques (dépression, anxiété…) et physiques (symptômes liés à la consommation d'alcool ou d'autres produits psychoactifs, dénutrition, suicide…).

Repères méthodologiques
Baromètre santé ; ESCAPAD.

Annexes

Repères législatifs et réglementaires

Loi du 21 mai 1836 portant prohibition des loteries, JORF du 20 août 1944, p. 79

Loi du 23 janvier 1873 tendant à réprimer l'ivresse publique et à combattre les progrès de l'alcoolisme, JORF du 4 février 1873, p. 343

Loi du 2 juin 1891 ayant pour objet de réglementer l'autorisation et le fonctionnement des courses de chevaux, JORF du 3 juin 1891, p. 2457

Loi du 15 juin 1907 réglementant le jeu dans les cercles et les casinos des stations balnéaires, thermales et climatériques, JORF du 16 juin 1907, p. 4177

Loi du 16 avril 1930 portant fixation du budget général de l'exercice 1930-1931, JORF du 17 avril 1930, p. 4311

Loi de finance du 31 mai 1933 portant fixation du budget général de l'exercice 1933, JORF du 1er juin 1933, p. 5702

Loi du 24 septembre 1941 modifiant la loi du 23 août 1940 contre l'alcoolisme, JORF du 8 octobre 1941, p. 4330

Décret n°53-726 du 3 août 1953 modifiant le décret du 21 novembre 1933 instituant au Ministère de l'Intérieur un Service central de Police chargé de faciliter la lutte contre le trafic illicite de stupéfiants.
JORF du 13 août 1953, p. 7184-7185

Ordonnance n°59-107 du 7 janvier 1959 modifiant le code des mesures concernant les débits de boissons et la lutte contre l'alcoolisme.
JORF du 9 janvier 1959, p. 619-622

Décret n°59-1489 du 22 décembre 1959 portant réglementation des jeux dans les casinos des stations balnéaires, thermales et climatiques.
JORF du 29 décembre 1959, p. 12489-12490

Ordonnance n°60-1253 du 29 novembre 1960 modifiant le code des débits de boissons et des mesures de lutte contre l'alcoolisme.
JORF du 30 novembre 1960, p. 10708-10710

Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (avec tableaux) et Acte final (avec résolutions jointes en annexe) de la conférence des Nations Unies pour l'adoption d'une convention unique sur les stupéfiants.
Nations Unies, Recueil des Traités : Traités et accords internationaux enregistrés ou classés et inscrits au répertoire au Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, 1964, vol. 520, I. n°7511-7515, p. 151-417

Loi n°65-373 du 18 mai 1965 modifiant l'article L. 1er du code de la route.
JORF du 20 mai 1965, p. 4051

Circulaire TE n°4/69 du 13 janvier 1969 relative à l'introduction et à la consommation de boissons alcoolisées sur les lieux de travail.
Bulletin officiel du Ministère chargé du Travail n°69/3

Loi n°70-597 du 9 juillet 1970 instaurant un taux légal d'alcoolémie et généralisant le dépistage par l'air expiré.
JORF du 10 juillet 1970, p. 6463-6464

Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.
JORF du 3 janvier 1971, p. 74-76

Convention de 1971 sur les substances psychotropes, New York, UN, 1971, 33 p.

Décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.
JORF du 14 mars 1972, p. 2679-2680

Loi n°74-631 du 5 juillet 1974 fixant à 18 ans l'âge de la majorité.
JORF du 7 juillet 1974, p. 7099-7101

Loi n°76-616 [dite Veil] du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.
JORF du 10 juillet 1976, p. 4148-4149

Circulaire n°69F389 du 17 mai 1978 relative à l'usage de stupéfiants et à l'application de certaines recommandations du rapport de la mission d'étude sur la drogue.

Loi n°78-732 du 12 juillet 1978 tendant à prévenir la conduite d'un véhicule sous l'empire d'un état alcoolique.
JORF du 13 juillet 1978, p. 2785-2786

Décret n°78-1067 du 9 novembre 1978 relatif à l'organisation et à l'exploitation de la loterie nationale et du loto national.
JORF du 10 novembre 1978, p. 3812

Décret n°82-10 du 8 janvier 1982 portant création du comité interministériel de lutte contre la toxicomanie et de la Mission permanente de lutte contre la toxicomanie.
JORF du 12 janvier 1982, p. 242

Arrêté du 12 mars 1982 portant nomination du président de la Mission permanente de lutte contre la toxicomanie [François Colcombet].
JORF du 4 mars 1982, numéro complémentaire, p. 2661

Circulaire DRT n°5-83 du 15 mars 1983 relative à l'application des articles 1 à 5 de la loi du 4 août 1982 concernant les libertés des travailleurs dans l'entreprise.
Bulletin officiel du Ministère chargé de l'Emploi, n°16, 21 mai 1983

Arrêté du 24 mai 1983 portant nomination du président de la Mission permanente de lutte contre la toxicomanie [Franck Perriez].
JORF du 25 mai 1983, numéro complémentaire, p. 4895

Loi n°83-1045 du 8 décembre 1983 relative au contrôle de l'état alcoolique.
JORF du 9 décembre 1983, p. 3550

Circulaire CRIM 84-15/E2 du 19 septembre 1984 relative à l'intervention judiciaire en matière de stupéfiants.
BO Justice n°84/52, p. 151-154

Décret n°85-191 du 7 février 1985 modifiant le décret n°82-10 du 8 janvier 1982 portant création du comité interministériel de lutte contre la toxicomanie et de la Mission permanente de lutte contre la toxicomanie.
JORF du 10 février 1985, p. 1789

Arrêté du 7 février 1985 portant nomination du président de la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie [Jean-Claude Karsenty].
JORF du 10 février 1985, p. 1809

Loi n°86-76 du 17 janvier 1986 portant diverses dispositions d'ordre social.
JORF du 18 janvier 1986, p. 888-892

Arrêté du 4 mars 1986 portant nomination du président de la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie [Dominique Charvet].
JORF du 5 mars 1986, p. 3438

Arrêté du 18 juillet 1986 portant nomination du président de la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie [Guy Fougier].
JORF du 22 juillet 1986, p. 9030

Circulaire CAB n°87-01 [dite Chalandon] du 12 mai 1987 relative à l'application de la législation sur les stupéfiants.
BO Justice n°26, avril-juin 1987 (NOR JUSA8700055C)

Décret n°87-328 [dit Barzach] du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.
JORF du 16 mai 1987, p. 5399-5400 (NOR ASEM8700689D)

Loi n°87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social.
JORF du 31 juillet 1987, p. 8574-8583 (NOR ASEX8700089L)

Circulaire du 16 octobre 1987 portant modification du code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme en ce qui concerne la publicité en faveur des boissons contenant plus d'un degré d'alcool.
JORF du 17 octobre 1987, p. 12099-12100 (NOR ASEP8701441C)

Arrêté du 1er décembre 1987 portant nomination du président de la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie [Claudius Brosse].
JORF du 5 décembre 1987, p. 14191 (NOR JUSA8700085A)

Loi n°87-1157 du 31 décembre 1987 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants et modifiant certaines dispositions du code pénal.
JORF du 5 janvier 1988, p. 159-161 (NOR JUSX8700015L)

Arrêté du 10 novembre 1988 portant cessation de fonctions et nomination à la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie [Catherine Trautmann].
JORF du 17 novembre 1988, p. 14411 (NOR PRMC8805095A)

Convention des nations unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (avec annexe). Conclue à Vienne le 20 décembre 1988.
Nations Unies, Recueil des Traités : Traités et accords internationaux enregistrés ou classés et inscrits au répertoire au Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, 1990 vol. 1582, I. n°27621-27627, p. 95-407

Loi n°88-1149 du 23 décembre 1988 : Loi de finances pour 1989.
JORF du 28 décembre 1988, p. 16320-1634 (NOR ECOX8800121L)

Décret n°89-560 du 11 août 1989 modifiant le décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.
JORF du 12 août 1989, p. 10205 (NOR SPSM8901501D)

Décret du 9 novembre 1989 portant nomination de la déléguée générale à la lutte contre la drogue [Georgina Dufoix].
JORF du 11 novembre 1989, p. 14093 (NOR PRMX8910325D)

Décret n°89-880 du 6 décembre 1989 portant création du comité interministériel de lutte contre la drogue et de la délégation générale à la lutte contre la drogue.
JORF du 9 décembre 1989, p. 15263-15264 (NOR PRMX8900156D)

Arrêté du 6 décembre 1989 portant nomination à la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie [Geneviève Domenach-Chich].
JORF du 9 décembre 1989, p. 15271 (NOR PRMX8910362A)

Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants.
JORF du 7 juin 1990, p. 6678-6680 (NOR SPSM9000498A)

Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances psychotropes.
JORF du 7 juin 1990, p. 6680-6681 (NOR SPSM9000500A)

Arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine.
JORF n°130 du 7 juin 1980, p. 6681 (NOR SPSM9000503A)

Loi n°90-614 du 12 juillet 1990 relative à la participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic des stupéfiants.
JORF n°162 du 14 juillet 1990, p. 8329-8333 (NOR ECOX9000077L)

Décret n°90-657 du 25 juillet 1990 modifiant le décret n°89-880 du 6 décembre 1989 portant création du comité interministériel de lutte contre la drogue et de la délégation générale à la lutte contre la drogue.
JORF du 28 juillet 1990, p. 9082 (NOR PRMX9000117D)

Arrêt n°96721 du Conseil d'État du 12 novembre 1990 - Compagnie de signaux et d'entreprises électriques.

Arrêté du 14 décembre 1990 approuvant la création d'un groupement d'intérêt public [service national d'accueil téléphonique pour l'information et la prévention en matière de drogues et de toxicomanies].
JORF du 26 décembre 1990, p. 16014 (NOR BUDB9060071A)

Loi n°91-32 [dite Évin] du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.
JORF n°10 du 12 janvier 1991, p. 615-618 (NOR SPSX9000097L)

Décret n°92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la Santé publique.
JORF n°125 du 30 mai 1992, p. 7263-7265 (NOR SANP9201055D)

Décret n°92-590 du 29 juin 1992 relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.
JORF n°152 du 2 juillet 1992, p. 8752-8753 (NOR SANP9201106D)

Loi n°92-1336 du 16 décembre 1992 relative à l'entrée en vigueur du nouveau code pénal et à la modification de certaines dispositions de droit pénal et de procédure pénale rendue nécessaire par cette entrée en vigueur.
JORF n°298 du 23 décembre 1992, p. 17568-17595 (NOR JUSX9200040L)

Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social.
JORF n°25 du 30 janvier 1993, p. 1576-1588 (NOR SPSX9200178L)

Réglement (CEE) n°302/93 du Conseil du 8 février 1993 portant création d'un Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.
JOCE L 36 du 12 février 1993, p. 1-8

Arrêté du 5 mars 1993 portant approbation d'une convention constitutive d'un groupement d'intérêt public [Observatoire national des drogues et des toxicomanies].
JORF n°59 du 11 mars 1993, p. 3783 (NOR SPSX9300135A)

Arrêté du 11 mars 1993 portant création d'une Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques.
JORF n°60 du 12 mars 1993, p. 3848-3849 (NOR INDA9300143A)

Décret du 10 juin 1993 portant nomination du délégué général à la lutte contre la drogue et la toxicomanie [Jean-Louis Langlais].
JORF du 12 juin 1993, p. 8414 (NOR SPSX9300416D)

Circulaire DGS/SP n°72 du 9 novembre 1993 relative aux orientations dans le domaine sanitaire du plan de lutte contre la drogue.

Loi n°93-1282 du 6 décembre 1993 relative à la sécurité des manifestations sportives.
JORF du 7 décembre 1993, p. 16974-16975 (NOR MJSX9300141L)

Circulaire DGS n°14 du 7 mars 1994 relative au cadre d'utilisation de la méthadone dans la prise en charge des toxicomanes.

Décret n°94-570 du 11 juillet 1994 créant un article R. 233-5 du code de la route.
JORF n°160 du 12 juillet 1994, p. 10036 (NOR EQUS9400295D)

Décret du 27 décembre 1994 portant nomination du délégué général à la lutte contre la drogue et la toxicomanie [Nicolas Theis].
JORF n°300 du 28 décembre 1994, p. 18590 (NOR SPSC9403836D)

Décret n°95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret n°72-200 du 13 mars 1972 règlementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.
JORF n°58 du 9 mars 1995, p. 3685 (NOR SPSP9500414D)

Avis d'octroi d'autorisations de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques :
AMM n°3394399 du 31 juillet 1995 pour le SUBUTEX 8 mg, comprimé sublingual.
JORF du 27 octobre 1995, p. 15715-15718 (NOR SANM9502981V)

Décret n°95-962 du 29 août 1995 modifiant les articles R 233-5, R 256 et R 266 du Code de la route.
JORF n°201 du 30 août 1995, p. 12839 (NOR EQUS9500428D)

Décret n°96-350 du 24 avril 1996 relatif au comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et à la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.
JORF du 26 avril 1996, p. 6383-6384 (NOR PRMX9600029D)

Décret du 24 avril 1996 portant nomination du président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie [Françoise de Veyrinas].
JORF n°99 du 26 avril 1996, p. 6405 (NOR PRMX9601467D)

Loi n°96-392 du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime.
JORF n°112 du 14 mai 1996, p. 7208-7211 (NOR JUSX9400059L)

Circulaire CRIM 96-11/G du 10 juin 1996 portant commentaire de la loi du 13 mai 1996 relative à la lutte contre le blanchiment et le trafic des stupéfiants et à la coopération internationale en matière de saisie et de confiscation des produits du crime.
BO Justice n°96/62, p. 53-60 (NOR JUSD9630084C)

Loi n°96-542 du 19 juin 1996 relative au contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes.
JORF n°142 du 20 juin 1996, p. 9207-9209 (NOR INDX9500023L)

Décret n°96-1060 du 5 décembre 1996 fixant la liste des précurseurs chimiques de stupéfiants ou de substances psychotropes soumis à contrôle.
JORF n°287 du 10 décembre 1996, p. 18016 (NOR INDD9600698D)

Décret n°97-456 du 5 mai 1997 relatif aux sociétés de courses de chevaux et au pari mutuel.
JORF n°107 du 8 mai 1997, p. 7012-7016 (NOR AGRH9600815D)

Décret du 17 juin 1998 portant nomination à la présidence de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie [Nicole Maestracci].
JORF du 18 juin 1998, p. 9286-9287 (NOR MESG9810586D)

Décret n°99-249 du 31 mars 1999 relatif aux substances vénéneuses et à l'organisation de l'évaluation de la pharmacodépendance, modifiant le code de la santé publique.
JORF du 1er avril 1999, p. 4847-4852 (NOR MESP9921061D)

Circulaire [dite Guigou] du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies.
BO Justice n°74 du 1er avril au 30 juin 1999 (NOR JUSA9900148C)

Loi n°99-505 [dite Gayssot] du 18 juin 1999 portant diverses mesures relatives à la sécurité routière et aux infractions sur les agents des exploitants de réseau de transport public de voyageurs.
JORF n°140 du 19 juin 1999, p. 9015-9018 (NOR EQUX9800010L)

Loi n°99-515 du 23 juin 1999 renforçant l'efficacité de la procédure pénale.
JORF n°144 du 24 juin 1999, p.9247-9252 (NOR JUSX9800051L)

Circulaire n°4.692/SG du 13 septembre 1999 relative à la lutte contre la drogue et à la prévention des dépendances.
JORF du 17 septembre 1999, p. 13929-13930 (NOR PRMX9903743C)

Arrêté du 30 novembre 1999 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la règlementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine.
JORF du 5 décembre 1999, p. 18109 (NOR MESP9923625A)

Directive 2001/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juin 2001 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac.
JO L 194 du 18 juillet 2001, p. 26-35

Décret n°2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation routière, modifiant le décret n°2001-251 du 22 mars 2001 relatif à la partie Règlementaire du code de la route (Décrets en Conseil d'État) et modifiant le code de la route.
JORF n°198 du 28 août 2001, p. 13759-13761 (NOR EQUS0100214D)

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
JORF du 3 janvier 2002, p. 124-142 (NOR MESX0000158L)

Décret n°2002-887 [dit Mariani et Vaillant] du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article 23-1 de la loi n°95-73 du 21 janvier 1995 et relatif à certains rassemblements festifs à caractère musical.
JORF du 7 mai 2002, p. 9027-9028 (NOR INTD0200114D)

Décret du 24 octobre 2002 portant nomination à la présidence de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie [Didier Jayle].
JORF du 25 octobre 2002, p. 17723 (NOR SANC0223497D)

Loi n°2003-87 du 3 février 2003 relative à la conduite sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants.
JORF du 4 février 2003, p. 2103-2104 (NOR JUSX0205970L)

Décret n°2003-293 du 31 mars 2003 relatif à la sécurité routière et modifiant le code de procédure pénale et le code de la route.
JORF n°77 du 1er avril 2003, p. 5702-5704 (NOR EQUS0300583D)

Convention-cadre de l'OMS du 21 mai 2003 pour la lutte anti-tabac (CCLAT). Genève, OMS, 2003, 32 p.

Directive 2003/33/CE du Parlement européen et du Conseil du 26 mai 2003 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de publicité et de parrainage en faveur des produits du tabac.
JO L 152 du 26 juin 2003, p. 16-19

Loi n°2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes.
JORF n°178 du 3 août 2003, p. 13398-13399 (NOR SANX0306354L)

Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité.
JORF n°59 du 10 mars 2004, p. 4567-4637 (NOR JUSX0300028L)

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
JORF n°185 du 11 août 2004, p. 14277 (NOR SANX0300055L)

Décret n°2004-949 du 6 septembre 2004 relatif à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de seize ans.
JORF n°209 du 8 septembre 2004, p. 5804 (NOR SANP0422600D)

Décret n°2004-1138 du 25 octobre 2004 relatif à la conduite sous l'emprise d'un état alcoolique et modifiant le code de la route.
JORF n°250 du 26 octobre 2004, p. 18064 (NOR EQUS0401127D)

Circulaire du 23 novembre 2004 relative à l'organisation du réseau territorial de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
JORF n°36 du 12 février 2005, p. 2353 (NOR SANX0300217L)

Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.
JORF n°46 du 24 février 2005, p. 3073 (NOR AGRX0300111L)

Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique.
JORF n°88 du 15 avril 2005, p. 6732 (NOR SANP0521129D)

Règlement (CE) n°1277/2005 de la Commission du 27 juillet 2005 établissant les modalités d'application du règlement (CE) n°273/2004 du Parlement européen et du Conseil relatif aux précurseurs de drogues et du règlement (CE) n°111/2005 du Conseil fixant des règles pour la surveillance du commerce des précurseurs des drogues entre la Communauté et les pays tiers.
JO L 202 du 3 août 2005, p. 7-33

Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique.
JORF n°297 du 22 décembre 2005, p. 19743 (NOR SANP0524015D)

Avis relatif à l'octroi d'autorisations de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques : AMM du 31 janvier 2006 pour la BUPRENORPHINE ARROW 0,4 ; 2 et 8 mg, comprimé sublingual.
JORF n°230 du 4 octobre 2006, p. 14695 (NOR SANM0623406S)

Décret n°2006-159 du 14 février 2006 portant création du Conseil de modération et de prévention.
JORF n°39 du 15 février 2006, p. 2333 (NOR AGRP0600141D)

Décret n°2006-174 du 17 février 2006 relatif à l'organisation et à l'exploitation des jeux de loterie autorisés par l'article 136 de la loi du 31 mai 1933 et par l'article 48 de la loi n°94-1163 du 29 décembre 1994 et modifiant le décret n°78-1067 du 9 novembre 1978.
JORF n°42 du 18 février 2006 p.2507

Décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences et modifiant le code de l'éducation.
JORF n°160 du 12 juillet 2006, p. 10396 (NOR MENE0601554D)

Arrêté du 2 octobre 2006 relatif aux modalités d'inscription du message à caractère sanitaire préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées.
JORF n°229 du 3 octobre 2006, p. 14626 (NOR SANX0602395A)

Décret n°2006-1386 [dit Bertrand] du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.
JORF n°265 du 16 novembre 2006, p. 17249 (NOR SANX0609703D)

Circulaire du 29 novembre 2006 relative à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif.
JORF n°281 du 5 décembre 2006, p. 18285 (NOR SANC0624809C)

Loi n°2007-129 du 31 janvier 2007 autorisant la ratification de la Convention internationale contre le dopage dans le sport.
JORF n°27 du 1er février 2007, p. 1943 (NOR MAEX0600173L)

Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.
JORF n°56 du 7 mars 2007, p. 4297 (NOR INTX0600091L)

Décret n°2007-728 du 7 mai 2007 relatif à l'organisation et à l'exploitation des jeux de pronostics sportifs autorisés par l'article 42 de la loi de finances pour 1985 et modifiant le décret n°85-390 du 1er avril 1985.
JORF n°107 du 8 mai 2007, p. 8159 (NOR BUDB0750005D)

Décret n°2007-729 du 7 mai 2007 relatif à l'organisation et à l'exploitation des jeux de loterie autorisés par l'article 136 de la loi du 31 mai 1933 et par l'article 48 de la loi n°94-1163 du 29 décembre 1994 et modifiant le décret n°78-1067 du 9 novembre 1978.
JORF n°107 du 8 mai 2007, p. 8159 (NOR BUDB0750004D)

Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.
JORF n°112 du 15 mai 2007, p. 8997 (NOR SANP0721630D)

Décret du 29 août 2007 portant nomination du président de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie - Etienne Apaire.
JORF n°200 du 30 août 2007 (NOR PRMX0710846D)

Décret n°2007-1388 du 26 septembre 2007 pris pour l'application de la loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance et modifiant le code pénal et le code de procédure pénale.
JORF n°225 du 28 septembre 2007, p. 15850 (NOR JUSD0755654D)

Circulaire DGS/MC2 n°2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.
BO Santé, Protection sociale, Solidarité n°3 du 15 avril 2008, p. 186-207 (NOR SJSP0830130C)

Arrêté du 1er avril 2008 relatif à la liste de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, pris en application de l'article L.162-4-2 du code de la sécurité sociale.
JORF n°83 du 8 avril 2008, p. 5932 (NOR SJSP0808150A)

Circulaire CRIM 08-11/G4 du 9 mai 2008 du Ministère de la Justice relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances .
BO Justice n°2008/3 du 30 juin 2008 (NOR JUS D0811637C)

Délibération n°2008-51 du 17 juin 2008 relative à l'exposition des produits du tabac, des boissons alcooliques et des drogues illicites à l'antenne des services de radiodiffusion et de télévision.
JORF n°200 du 28 août 2008 (NOR CSAX0805051X)

Ordonnance n°2008-1340 du 18 décembre 2008 relative au contrôle de la fabrication et du commerce des précurseurs de drogues.
JORF n°295 du 19 décembre 2008, p. 19451 (NOR ECEZ0821796R)

Arrêté du 31 décembre 2008 portant création d'un centre de coordination pour la lutte antidrogue en Méditerranée.
JORF n°24 du 29 janvier 2009, p. 1648 (NOR IOCC0828637A)

Arrêté du 24 février 2009 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants [cannabinoïdes].
JORF n°49 du 27 février 2009, p. 3494 (NOR SASP0904649A)

Loi n°2009-879 [dite HPST] du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
JORF n°167 du 22 juillet 2009, p. 12184 (NOR SASX0822640L)

Note MILDT n°451 du 28 juillet 2009 relative à la réforme du dispositif d'appui régional.

Loi n°2009-1188 du 7 octobre 2009 autorisant la ratification de l'accord entre l'Irlande, le Royaume des Pays-Bas, le Royaume d'Espagne, la République italienne, la République portugaise, la République française et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord établissant un centre opérationnel d'analyse du renseignement maritime pour les stupéfiants.
JORF n°233 du 8 octobre 2009, p. 16384 (NOR MAEJ0830839L)

Arrêté du 13 octobre 2009 modifiant l'arrêté du 2 juillet 1982 relatif aux transports en commun de personnes.
JORF n°273 du 25 novembre 2009, p. 20229 (NOR DEVT0915240A)

Circulaire DGS/MC2 n°2009-349 du 9 novembre 2009 relative à la mise en œuvre de l'action II-1,3 du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 ayant pour objectif de permettre aux usagers de drogue de bénéficier d'un service de proximité assurant gratuitement le dépistage de ces hépatites et, le cas échéant, une vaccination contre l'hépatite B.
BO Santé, Protection sociale, Solidarité n°12 du 15 janvier 2010, p. 289-292 (NOR SASP0927192C)

Arrêté du 9 novembre 2009 approuvant la création du groupement d'intérêt public «Addictions drogues alcool info service».
JORF n°267 du 18 novembre 2009, p. 19914 (NOR SASP0925133A)

Arrêté du 27 janvier 2010 fixant les modèles et lieux d'apposition des affiches prévues par l'article L. 3342-4 du Code de la santé publique.
JORF n°26 du 31 janvier 2010, p. 1905 (NOR SASP1002542A)

Décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé.
JORF n°77 du 1er avril 2010, p. 6277 (NOR SASX1008853D)

Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac.
JORF n°92 du 20 avril 2010, p. 7323 (NOR SASP0931273A)

Loi n°2010-476 du 12 mai 2010 relative à l'ouverture à la concurrence et à la régulation du secteur des jeux d'argent et de hasard en ligne.
JORF n°110 du 13 mai 2010, p. 8881 (NOR BCFX0904879L)

Décret n°2010-545 du 25 mai 2010 relatif aux sanctions prévues pour la vente et l'offre de produits du tabac.
JORF n°120 du 27 mai 2010, p. 9601 (NOR SASP0931969D)

Arrêté du 7 juin 2010 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants [méphédrone].
JORF n°133 du 11 juin 2010, p. 10770 (NOR SASP1014839A)

Décret n°2010-623 du 8 juin 2010 fixant les obligations d'information des opérateurs agréés de jeux ou de paris en ligne pour la prévention des risques liés à la pratique du jeu et modifiant le décret n°2010-518 du 19 mai 2010 relatif à la mise à disposition de l'offre de jeux et de paris par les opérateurs agréés de jeux ou de paris en ligne.
JORF n°131 du 9 juin 2010, p. 10575 (NOR BCRB1013829D)

Loi n°2010-768 [dite Warsmann] du 9 juillet 2010 visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale.
JORF n°158 du 10 juillet 2010, p. 12753 (NOR JUSX0912931L)

Décret n°2011-134 du 1er février 2011 relatif à l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués.
JORF n°28 du 3 février 2011, p. 2154 (NOR JUSD1025713D)

Règlement (UE) n°225/2011 de la Commission du 7 mars 2011 modifiant le règlement (CE) n°1277/2005 de la Commission établissant les modalités d'application du règlement (CE) n°273/2004 du Parlement européen et du Conseil relatif aux précurseurs de drogues et du règlement (CE) n°111/2005 du Conseil fixant des règles pour la surveillance du commerce des précurseurs des drogues entre la Communauté et les pays tiers.
JO L 61 du 8 mars 2011, p. 2-4

Décret n°2011-252 du 9 mars 2011 relatif au comité consultatif des jeux.
JORF n°58 du 10 mars 2011, p. 4399 (NOR BCRB1102248D)

Loi n°2011-267 [dite LOPPSI] du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure.
JORF n°62 du 15 mars 2011, p. 4582 (NOR IOCX0903274L)

Circulaire du 28 mars 2011 d'application de la LOPPSI en ce qui concerne l'amélioration de la sécurité routière.
(NOR IOCD1108865C)

Avis n°114 du 5 mai 2011. Usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Enjeux éthiques liés à leurs risques et à leur détection.
Paris, Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE), 2011, 29 p.

Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.
JORF n°170 du 24 juillet 2011, p. 12677 (NOR ETSX1104600L)

Arrêté du 24 août 2011 relatif aux conditions de mise à disposition de dispositifs certifiés permettant le dépistage de l'imprégnation alcoolique dans les débits de boissons en application de l'article L. 3341-4 du code de la santé publique.
JORF n°228 du 1er octobre 2011, p. 16503 (NOR DEVS1121148A)

Arrêté du 2 septembre 2011 portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants à la gamma-butyrolactone (GBL), au 1,4-butanediol (1,4 BD) et aux produits qui en contiennent.
JORF n°208 du 8 septembre 2011, p. 15120 (NOR ETSP1124197A)

Décret n°2011-1048 du 5 septembre 2011 relatif à la conduite sous l'influence de l'alcool.
JORF n°207 du 7 septembre 2011, p. 15034 (NOR JUSD1113642D)

Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.
JORF n°296 du 22 décembre 2011, p. 21682 (NOR BCRX1125833L)

Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.
JORF n°302 du 30 décembre 2011, p. 22667 (NOR ETSX1119227L)

Décret n°2012-3 du 3 janvier 2012 portant diverses mesures de sécurité routière.
JORF n°3 du 4 janvier 2012, p. 117 (NOR IOCA1126729D)

Circulaire CRIM 2012-6/G4 du 16 février 2012 relative à l'amélioration du traitement judiciaire de l'usage de stupéfiants.
BO Justice n°2012-02 du 29 février 2012, 5 p. (NOR JUSD1204745C)

Décret n°2012-284 du 28 février 2012 relatif à la possession obligatoire d'un éthylotest par le conducteur d'un véhicule terrestre à moteur.
JORF n°52 du 1er mars 2012, p. 3935 (NOR IOCS1130720D)

Ordonnance n°2012-351 du 12 mars 2012 relative à la partie législative du code de la sécurité intérieure.
JORF n°62 du 13 mars 2012, p. 4533 (NOR IOCD1129997R)

Décret n°2012-597 du 27 avril 2012 relatif à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
JORF n°102 du 29 avril 2012, p. 7653 (NOR ETSP1206945D)

Arrêté du 27 juillet 2012 modifiant les arrêtés du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants et la liste des substances psychotropes [cathinones].
JORF n°178 du 2 août 2012, p. 12664 (NOR AFSP1230815A)

Décret du 14 septembre 2012 portant nomination de la présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie - Danièle Jourdain-Menninger.
JORF n°215 du 15 septembre 2012 (NOR PRMX1234445D)

Circulaire CRIM 2012-16/E [dite Taubira] du 19 septembre 2012 de politique pénale de Madame la Garde des Sceaux.
(NOR JUSD1234837C)

Décret n°2012-1197 du 29 octobre 2012 modifiant le décret n°2012-284 du 28 février 2012 relatif à la possession obligatoire d'un éthylotest par le conducteur d'un véhicule terrestre à moteur.
JORF n°253 du 30 octobre 2012, p. 16807 (NOR INTS1235138D)

Arrêté du 22 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 15 février 2002 fixant la liste des marchandises dont les pharmaciens peuvent faire le commerce dans leur officine.
JORF n°279 du 30 novembre 2012, p. 18796 (NOR AFSP1240194A)

Circulaire n°2013-75 du 14 février 2013 relative à l'organisation du réseau territorial de la MILDT.

Décret n°2013-180 du 28 février 2013 modifiant l'article R. 233-1 du code de la route.
JORF n°51 du 1er mars 2013, p. 3823 (NOR INTS1303594D)

Lexique

ABUS / USAGE NOCIF

Consommation d'une substance psychoactive qui induit ou peut induire des dommages de nature sanitaire, sociale ou judiciaire. Ceux-ci peuvent dépendre de contextes particuliers de consommation (conduite automobile, grossesse) et être causés à l'usager lui-même ou à un tiers. Le terme d'abus implique une répétition du comportement. On parle indifféremment d'abus ou d'usage nocif.

La quatrième version du Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) définit l'abus comme un mode d'utilisation inadéquate d'une substance, conduisant à une altération du fonctionnement de la personne ou à une souffrance, qui ne remplissent pas, cependant, les critères de la dépendance. Une cinquième version, le DSM-V, est en cours d'élaboration et devrait paraître en 2013. Les catégories actuelles d'abus de substance et de dépendance à une substance seraient remplacées par une nouvelle dénomination « addictions et troubles reliés ». Une nouvelle catégorie « addictions comportementales » qui n'inclut pour l'instant que le jeu pathologique serait proposée.

La dixième version de la Classification internationale des maladies (CIM 10) utilise la notion d'usage nocif et la définit comme un mode de consommation d'une substance psychoactive préjudiciable à la santé, en l'absence de dépendance. Ce mode de consommation entraîne souvent une désapprobation de la part de l'entourage et des conséquences sociales négatives, éléments qui ne suffisent toutefois pas à établir le diagnostic. Celui-ci repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou plusieurs substances a causé des troubles psychologiques ou physiques.

ADDICTION

Consommation de substances psychoactives ou comportement répété impossible à contrôler pour l'individu en dépit de ses conséquences délétères (souffrance psychologique et troubles physiologiques). Ce terme s'applique à tous les produits (tabac, alcool, médicaments psychotropes, drogues illicites) et recouvre certaines conduites (jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo, etc.). L'addiction inclut donc la notion de dépendance, mais aussi celle d'abus.

ADDICTOLOGIE

Champ d'investigation théorique et pratique centré sur les addictions et en particulier sur celles liées aux substances psychoactives pouvant engendrer des dommages et des dépendances. Elle emprunte à de nombreux champs scientifiques : socio-ethnologie, neurobiologie, épidémiologie, pharmacologie, clinique et thérapeutique, etc.

AGONISTE
Molécule qui mime l'action d'une molécule physiologique (ici des neurotransmetteurs) sur son site récepteur et entraîne par conséquent des effets identiques.

ALCOOLISATION PONCTUELLE IMPORTANTE (API)
Désigne le fait d'avoir bu au moins six verres en une seule occasion pour un adulte et au moins cinq verres pour un adolescent. Les personnes déclarant une API sont celles ayant répondu positivement à la question : « Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de boire 5 verres (ou 6 verres) en une même occasion ? » Ce terme est proche du concept de binge drinking anglo-saxon.

ALTERNATIVES AUX POURSUITES
Pour les infractions de faible gravité, le parquet peut prononcer à l'encontre de l'auteur de l'infraction une mesure « alternative aux poursuites » : sous réserve d'exécution de la mesure, elle éteint les poursuites pénales. Cela peut être un rappel à la loi, une injonction thérapeutique, une composition pénale (consistant en l'exécution d'une ou plusieurs obligations : versement d'une amende, remise du permis de conduire, etc.), une mesure de réparation ou une médiation pénale (qui consiste à réunir l'auteur et la victime sous l'égide d'un médiateur, pour parvenir à une solution négociée). Elle peut aussi consister en un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants.

AMNESIA
Variété d'herbe de cannabis, fortement concentrée en THC, qui fait notamment l'objet de cultures indoor (voir cannabiculture) aux Pays-Bas et en Angleterre.

AMPHÉTAMINE, AMPHÉTAMINES
L'amphétamine est le chef de file d'une famille de substances proches les unes des autres dans leur structure comme dans leurs effets, les amphétamines. Psychostimulantes, elles ont pour principaux effets de dissiper les sensations de fatigue et de faim et d'induire un sentiment d'euphorie et d'empathie pour l'entourage. Les plus connus sont, outre l'amphétamine, la MDMA (ecstasy), la méthamphétamine et un médicament, à prescription restreinte, le méthylphénidate. Ces quatre molécules sont classées comme stupéfiants en France. Leur usage abusif peut entraîner une tolérance et une dépendance.

ANALGÉSIQUE
Supprime ou atténue la sensibilité à la douleur (anti-douleur).

ANTAGONISTE
Réduit ou supprime l'action d'une molécule physiologique donnée (ici, des neuromédiateurs) – et du ou des agonistes correspondants – en se fixant au niveau de son site récepteur sans le stimuler.

ANTIDÉPRESSEURS
Classe de médicaments destinée à traiter les dépressions. Ce type de substances donne rarement lieu à un usage addictif.

ANXIOLYTIQUES
Médicaments destinés à réduire l'anxiété ; appelés aussi « tranquillisants » (voir benzodiazépines).

APPARTEMENTS THÉRAPEUTIQUES RELAIS

Type d'hébergement destiné à des usagers de drogues en traitement visant à leur permettre de retrouver une autonomie de vie tout en bénéficiant du soutien d'une équipe pluridisciplinaire de thérapeutes et d'éducateurs spécialisés en addictologie. Les séjours en appartements thérapeutiques relais, d'une durée située entre 6 mois et 2 ans au maximum, interviennent souvent après une prise en charge dans un centre thérapeutique avec hébergement collectif.

AUDIT C (ALCOOHOL USE DISORDER TEST)

Test comportant trois questions qui permet de repérer les personnes ayant une consommation d'alcool à risque ou une consommation s'accompagnant de problèmes avérés, y compris une possible dépendance. L'AUDIT C est une version simplifiée de l'AUDIT qui sous sa version complète comprend dix questions.

AUTOCULTURE

Terme désignant la pratique de la culture de cannabis par un particulier en plein air ou en intérieur. Le produit de cette culture est, en général, destiné à une consommation personnelle.

AYAHUASCA

Boisson hallucinogène issue de l'infusion de deux plantes d'Amérique centrale : Banisteriopsis caapi (une liane) et Psychotria viridis (arbuste de la famille du caféier). La combinaison des deux permet la libération de diméthyltryptamine (DMT), molécule hallucinogène. La DMT est classée comme stupéfiant en France.

BACLOFÈNE

Médicament ancien (Lioresal®), dérivé de l'acide gamma aminobutyrique (GABA), autorisé à l'origine pour ses effets relaxants dans les cas de contracture musculaire involontaire mais qui prescrit à forte dose apparaît efficace pour enlever toute envie de consommer de l'alcool chez certaines personnes dépendantes à cette substance.

BASAGE

Technique par laquelle la cocaïne sous sa forme chlorhydrate (sel) est transformée, à chaud, en crack ou en free base. Après dissolution dans de l'eau et adjonction d'un agent alcalin, le chlorhydrate de cocaïne est porté à ébullition. La substance qui se dépose puis est séchée constitue le crack ou free base.

BENZODIAZÉPINES (BZD)

Famille de molécules à l'effet sédatif, les BZD sont prescrites essentiellement comme anxiolytiques et comme hypnotiques. Elles favorisent en outre la relaxation musculaire et entraînent des troubles de la mémoire. Les différentes BZD se caractérisent par des durées d'action variables. Elles entraînent très rapidement une dépendance physique et induisent une tolérance, mais peuvent également donner lieu à une dépendance psychique.

BINGE DRINKING

Terme anglo-saxon désignant une consommation amenant dans un laps de temps court (environ 2 heures) à un taux d'alcoolémie ≥ 0,08 %, soit 0,8 g d'alcool par litre de sang (d'après l'organisme américain National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism). Pour un adulte moyen, cela équivaut à environ cinq verres et plus (quantité qui évolue en fonction de la définition du verre standard de chaque pays).

BOUTIQUES

Lieux d'accueil créés en 1993 pour les usagers actifs de drogues en situation de grande précarité. Les boutiques offrent l'accès à des installations sanitaires, du matériel de prévention (préservatifs, seringues), des soins infirmiers, une écoute et des services sociaux et/ou juridiques. Voir CAARUD.

BUPRÉNORPHINE HAUT DOSAGE (BHD) / SUBUTEX®

Molécule opiacée agoniste et antagoniste de la morphine disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans les traitements substitutifs des pharmacodépendances majeures aux opiacés depuis 1995. La BHD est disponible sous le nom de marque Subutex® en comprimés destinés à un usage sublingual ; depuis 2006 différents génériques sont également disponibles. La prescription du produit doit se faire sur ordonnance sécurisée pour un maximum de 28 jours avec des délivrances fractionnées par 7 jours. La BHD neutralise partiellement les effets de l'héroïne et calme le syndrome de manque. Elle n'expose pas à un risque de tolérance mais donne lieu à une dépendance.

CAARUD

Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) sont des structures définies par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Par le biais de boutiques, de programmes d'échange de seringues ou d'équipes de rue, ces structures dites de « bas seuil » assurent des missions de réduction des risques et offrent une aide d'urgence aux usagers.

CANNABICULTURE

Terme désignant le fait de cultiver du cannabis en intérieur (indoor) ou en plein air (outdoor). Il peut s'agir d'autoculture ou d'une culture à plus grande échelle.

CANNABIS

Plante comprenant plusieurs espèces, surtout connue pour la production de marijuana (herbe), de haschisch (résine) et d'huile de cannabis. La molécule responsable des effets psychoactifs est le Delta9-tétrahydrocannabinol ou Δ9-THC. Souvent classé parmi les hallucinogènes, il possède des effets euphorisants, désinhibants, relaxants. La substance peut induire une tolérance et une dépendance chez les consommateurs réguliers. Le Δ9-THC est classé comme produit stupéfiant en France.

CANNABIS FACTORIES

Terme anglais désignant les installations indoor de production de cannabis, le plus souvent contrôlées par le crime organisé, susceptibles à partir de centaines de plants de produire annuellement des dizaines de kilogrammes d'herbe de cannabis. Cette modalité de production, très répandue au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, se développe en France depuis les années 2010.

CANNABIS SOCIAL CLUB (CSC)

Groupement associatif de personnes adultes produisant du cannabis pour leur usage personnel en se partageant les frais et le produit de leur culture. Toute cession en dehors du groupe est prohibée. Les CSC, qui existent dans différents pays européens (en particulier en Espagne), sont illégaux en France : la production ou la fabrication illicites de stupéfiants y sont interdites, de même que la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants.

CANNABIS THÉRAPEUTIQUE

Utilisation du cannabis à des fins médicales. Cette pratique est illicite en France même si depuis 1999, il existe dans des cas précis des autorisations temporaires d'utilisation nominative de cannabinoïdes de synthèse.

CANNABINOÏDES DE SYNTHÈSE

Molécules synthétiques qui imitent les effets du cannabis en se liant aux mêmes récepteurs, plus fortement que le THC.

CATHINONES

Famille pharmacologique regroupant de nombreux NPS. La cathinone est à l'origine une substance naturelle psychoactive contenue dans la feuille de khat.

CENTRE D'INJECTION SUPERVISÉ

Voir salle de consommation à moindre risque

CHAMPIGNONS HALLUCINOGÈNES

Champignons contenant des substances hallucinogènes. Ils induisent des distorsions des perceptions sensorielles, voire des hallucinations. Il existe de nombreuses espèces, certaines proviennent de l'étranger (Hawaï, Colombie, Mexique…), d'autres poussent en France. Les champignons les plus consommés en France sont les psilocybes. Ils n'induisent pas de dépendance. Les genres stropharia, conocybe et psilocybe sont classés comme produits stupéfiants.

CHAMPIX® (VARÉNICLINE)

Médicament prescrit comme aide au sevrage tabagique chez les personnes d'au moins 18 ans présentant une dépendance au tabac, commercialisé en France depuis février 2007. Il agit sur les mêmes récepteurs que la nicotine, limitant ainsi à la fois les symptômes du manque et le plaisir ressenti par le fumeur lors de la consommation de tabac.

CHASSE AU DRAGON

Pratique consistant à inhaler les vapeurs produites par le chauffage (sans combustion) d'une substance déposée au préalable sur une feuille d'aluminium, à l'aide d'un briquet. Le passage du principe actif dans le sang a lieu au niveau des alvéoles pulmonaires, extrêmement perméables aux gaz, et non au niveau de la muqueuse nasale comme pour le sniff, ce qui accroît à la fois la rapidité et l'intensité des effets.

CHICHA (OU NARGUILÉ)

Mode de consommation traditionnel du tabac dans une partie de l'Asie et de l'Afrique. Désigne aussi l'objet utilisé, une pipe constituée d'un long tuyau communiquant avec un vase rempli d'eau que la fumée traverse avant d'arriver à la bouche du fumeur. S'utilise en France avec du tabac (souvent parfumé). Peut être employé avec du cannabis ; on parle alors également d'une pipe à eau ou d'un bang.

CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Objet qui mime la cigarette (inhalation de vapeur d'eau aromatisée, diode simulant l'incandescence sur certains modèles) tout en ne contenant pas de tabac mais parfois de la nicotine. On parle aussi d'e-cigarette. Ses utilisateurs sont appelés communément des vapoteurs, pour se démarquer des fumeurs de tabac.

CIRRHOSE DU FOIE
Sclérose du foie, les cellules de l'organe étant progressivement remplacées par du tissu fibreux. Les principales complications sont liées à l'insuffisance hépatique et à la rétraction du foie qui gène la circulation sanguine au niveau de l'intestin (hypertension portale). La cirrhose du foie peut évoluer vers le cancer.

CLUBBEUR
Personne qui a l'habitude de fréquenter les boîtes de nuit.

COCAÏNE
Stimulant obtenu chimiquement à partir de la feuille de coca (chlorhydrate de cocaïne). Le chlorhydrate de cocaïne se présente sous forme de poudre blanche, généralement sniffée et parfois fumée ou injectée ; on peut également le trouver sous forme de crack. La consommation de cocaïne induit une stimulation importante de la vigilance, une sensation d'accélération de la pensée et entraîne une dépendance psychique forte. La substance, quelle que soit sa forme, est un produit classé comme stupéfiant en France.

COCAÏNE BASE
Voir crack

CODÉINE
Médicament opiacé, dérivé synthétique de la morphine et utilisé comme analgésique soit seul, soit combiné à d'autres molécules ou contre la toux à doses très faibles. Les comprimés sont avalés, parfois injectés, cette modalité induisant des effets proches de ceux de la morphine. La codéine est classée comme stupéfiant en France.

COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE
Lieu de vie communautaire basé sur un processus thérapeutique particulier, dans lequel l'impact de la vie collective et de la pression du groupe des pairs sont des facteurs essentiels. De ce fait, ces institutions se distinguent des structures de soins spécialisés, des structures de première ligne ou de celles relevant du secteur hospitalier.

COMORBIDITÉ(S) PSYCHIATRIQUE(S)
On appelle comorbidités psychiatriques, la co-occurence chez une même personne de troubles liés à la consommation d'une substance psychoactive et de troubles psychiatriques ou de la personnalité. Ces derniers peuvent être non spécifiques de l'usage de drogues et préexister à cet usage, ou résulter de complications psychiatriques induites par la consommation de drogues.

COMPOSITION PÉNALE
Procédure permettant au procureur de la République de proposer une ou plusieurs mesures alternatives aux poursuites à tout prévenu, à partir de 13 ans, reconnaissant avoir commis une contravention ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement inférieure ou égale à 5 ans. La composition pénale comprend le plus souvent une amende (dite de composition pénale) et parfois un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants.

CONDUITE EN ÉTAT ALCOOLIQUE (CEA)
Délit de la compétence du tribunal correctionnel, dans le cas où le taux d'alcool du conducteur du véhicule est supérieur ou égal à 0,8 g/l de sang ou 0,4 mg/l d'air expiré.

CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS (CJC)

Consultation d'évaluation, d'orientation et d'accompagnement des consommateurs de produits psychoactifs rattachée dans la plupart des cas à un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et plus rarement à un service hospitalier. Il en existe environ 300 aujourd'hui en France.

CRACK OU FREE BASE

Produit obtenu après basage du chlorhydrate de cocaïne. Il se consomme le plus souvent fumé (inhalation de vapeurs, sans combustion), à l'aide d'une pipe. À l'origine, ces deux termes, nés sur le continent américain, correspondent à l'ajout de bicarbonate de sodium ou d'ammoniaque à la cocaïne. En France, ce sont surtout les contextes différents de consommation qui déterminent leur utilisation. Le crack est vendu déjà préparé, sous la forme d'une « galette » friable en « cailloux » ou cristaux. Le free base est quant à lui souvent fabriqué directement par l'usager.

CSAPA

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) désignent depuis 2007 tous les établissements médico-sociaux spécialisés dans la prise en charge des problèmes d'addiction. Les CSAPA regroupent les structures auparavant dénommées CSST et CCAA.

DATURA STRAMONIUM

Plus connue en Europe sous l'appellation « herbe au diable », les feuilles de cette plante sont utilisées en infusion ou fumées pour leurs propriétés hallucinogènes. Cette plante a longtemps été utilisée comme médicament, notamment contre l'asthme (sous forme de cigarettes) mais son utilisation pharmaceutique est interdite depuis 1992. Produit non classé comme stupéfiant.

DÉPENDANCE

Désigne la sujétion à l'usage d'une drogue psychoactive, dont la suppression induit un malaise psychique, voire physique, obligeant le sujet à pérenniser sa consommation. Le diagnostic de dépendance s'appuie sur des définitions médicales qui sont encore discutées.

La quatrième version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) en établit les critères diagnostiques : la dépendance à une substance correspond à un mode d'utilisation inadapté de celle-ci conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ; effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;
- sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des deux manifestations suivantes : syndrome de sevrage caractéristique de la substance quand la personne diminue/arrête sa consommation ou lorsque la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager/éviter les symptômes de sevrage ;
- la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévue ;
- il existe un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;

- un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou se remettre de ses effets ;
- des activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
- l'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

La dixième version de la Classification internationale des maladies (CIM 10) propose une organisation des critères un peu différente mais sa définition ne diffère pas sur le fond de celle du DSM-IV.

Certains auteurs distinguent les notions de dépendance psychique et de dépendance physique.

Une cinquième version, le DSM-V, est en cours d'élaboration et devrait paraître en 2013. Les catégories actuelles d'abus de substance et de dépendance à une substance seraient remplacées par une nouvelle dénomination « addictions et troubles reliés ». Une nouvelle catégorie « addictions comportementales » qui n'inclut pour l'instant que le jeu pathologique serait proposée.

DÉPENDANCE PHYSIQUE

Se définit par l'existence d'un syndrome de sevrage, limité dans le temps, lors de l'arrêt de consommation d'un produit (état de manque) se traduisant par des symptômes somatiques souvent accompagnés de troubles psychiques (anxiété, nervosité, insomnie...).

DÉPENDANCE PSYCHIQUE

Constitue la principale composante de la dépendance. On peut se rapporter à la définition de la dépendance, à l'exclusion du syndrome de sevrage et de la tolérance qui en constituent les aspects physiques.

DÉPISTAGE

Test pratiqué pour constater la présence d'alcool ou de drogues illicites dans l'organisme.

DESCENTE

Période de décroissance des effets d'une substance, en général stimulante. Cette phase, selon le produit, peut être vécue très désagréablement sur le plan psychologique en s'accompagnant notamment de symptômes dépressifs. Les usagers peuvent avoir recours à d'autres substances, notamment opiacées, pour en atténuer les effets.

DOSE DÉFINIE JOURNALIÈRE

La dose définie journalière correspond à une dose théorique pour une journée de traitement. Elle permet de traduire une quantité de médicament en nombre de doses de traitement.

ECSTASY

Dénomination la plus fréquente pour des comprimés dont le principe actif est la MDMA.

EMPATHOGÈNE OU ENTACTOGÈNE

Se dit de toute substance psychoactive qui amplifie la capacité d'empathie, le désir de contact avec autrui.

ÉQUIPES DE LIAISON EN ADDICTOLOGIE

Équipe en principe composée de 3 à 4 personnes comprenant un médecin et, selon les cas, un infirmier, un psychologue, un travailleur social, chargées d'intervenir au sein d'un hôpital pour favoriser la prise en charge des conduites addictives.

ESPACE FESTIF

Désigne, dans le cadre du dispositif TREND de l'OFDT, les lieux où se déroulent les événements festifs relevant de la culture techno ou de la musique électronique. Il englobe l'espace dit « alternatif » (free parties, teknivals, zones alternatives des festivals, etc.) mais aussi l'espace commercial ou conventionnel (clubs, discothèques voire soirées privées). L'espace observé s'étend de plus en plus vers l'espace festif généraliste.

ESPACE URBAIN

Désigne, dans le cadre du dispositif TREND de l'OFDT, des structures d'accueil ou de soins dédiées aux usagers de drogues et des lieux ouverts (rue, squat, abords des gares, zones de deals). La plupart des personnes rencontrées dans ce cadre sont des usagers problématiques de produits illicites.

EXPÉRIMENTATION / EXPÉRIMENTATEUR

Avoir consommé une substance psychoactive au moins une fois dans sa vie.

FRACTION ATTRIBUABLE

Proportion de cas (d'une maladie ou d'une cause de décès) qui découle de l'exposition de certains individus à un facteur de risques par rapport à l'ensemble des cas de cette maladie ou par rapport à un ensemble de décès.

FREE BASE

Voir crack

FUMER

Désigne le fait de consommer une substance en inhalant la fumée issue de sa combustion. Celle-ci est absorbée au niveau des alvéoles pulmonaires (exemples : cigarette, joint). Les produits de combustions sont toujours cancérigènes.
Le terme fumer est parfois utilisé de façon impropre pour désigner l'inhalation par voie pulmonaire des vapeurs d'une substance chauffée sans atteindre la combustion (exemples : crack ou héroïne).

GÉNÉRIQUE

Médicament tombé dans le domaine public, pouvant être produit par tous les laboratoires pharmaceutiques. Entraîne une baisse du prix de la molécule en autorisant la concurrence.

GHB, GAMMA OH (GAMMA-HYDROXYBUTYRATE) / GBL (GAMMA BUTYROLACTONE)

Le GHB est une substance anesthésique se présentant sous la forme d'un liquide incolore et inodore aux effets d'abord euphorisants, puis sédatifs et amnésiants. Son précurseur, le GBL, est un solvant industriel, transformé en GHB par l'organisme après absorption. Leur consommation peut induire une dépendance, avec un effet de tolérance particulièrement marqué. Si seul le GHB est classé sur la liste des stupéfiants, le GBL est interdit à la vente et à la cession au public depuis septembre 2011.

GO FAST

Mode d'acheminement du cannabis, depuis l'Espagne en général, via un convoi de plusieurs véhicules se déplaçant à très vive allure.

HALLUCINOGÈNE (OU PSYCHODYSLEPTIQUE)

Substance psychoactive dont l'usage est recherché pour sa capacité à induire des distorsions des perceptions en agissant sur les neurones du cerveau. Celles-ci peuvent être visuelles, auditives, spatiales, temporelles ou concerner la perception que l'individu a de son propre corps. La plupart des hallucinogènes sont des végétaux ou des alcaloïdes extraits de ceux-ci et, plus rarement, des produits obtenus par synthèse chimique.

HÉPATITE

Pathologie inflammatoire du foie. Les hépatites peuvent être liées à des toxiques (alcool, médicaments, toxiques industriels), à des virus ou à des dérèglements du système immunitaire. Les hépatites virales liées à l'usage de drogues sont les hépatites à virus B, C et D. Elles peuvent devenir chroniques avec une risque d'évolution vers une cirrhose et/ou un cancer du foie.

HÉROÏNE

Molécule opiacée, synthétisée à partir de la morphine, elle-même produite à partir du pavot. L'héroïne peut se présenter sous forme de poudre blanche (sel acide) ou marron (sel basique). Elle peut être injectée en intraveineuse, sniffée ou fumée en « chassant le dragon ». Les propriétés pharmacologiques de l'héroïne, substance sédative, sont comparables à celles de la morphine mais elle agit plus vite, plus intensément et plus brièvement. Du fait de sa forte capacité à générer une dépendance psychique et physique ainsi qu'une tolérance, elle est devenue dans les années 1970 le principal produit illicite d'addiction en France. L'héroïne est un produit classé comme stupéfiant en France (voir aussi « chasse au dragon »).

HYPNOTIQUES

Classe de médicaments utilisés comme somnifères (voir aussi benzodiazépines).

INCIDENCE / TAUX D'INCIDENCE

Nombre de nouveaux cas (d'une maladie, d'un événement, d'un problème…) qui apparaissent au cours d'une période donnée. Le taux d'incidence correspond à ce nombre de nouveaux cas rapporté à la taille de la population concernée (pour 1 000 personnes par exemple).

INDICE CANADIEN DU JEU EXCESSIF (ICJE)

Outil de repérage permettant d'évaluer la prévalence du jeu et du jeu excessif dans la population générale. Il contient des indicateurs de contexte social et de degrés de gravité et permet d'estimer les niveaux de risque à partir de critères auto-évalués. Échelle utilisée en France lors de la première enquête épidémiologique sur la pratique des jeux de hasard et d'argent.

INFRACTION PRINCIPALE

Pour les condamnations, il s'agit de la première infraction inscrite au casier judiciaire dans la catégorie pénale la plus grave (crime, délit ou contravention). Si la plupart des juridictions inscrivent les infractions dans l'ordre de gravité, certaines ont

adopté un ordre chronologique de constatation des faits. Pour les incarcérations, il s'agit de l'infraction inscrite en premier sur le mandat de dépôt.

INHALATION
Absorption (de gaz, de solvants ou de substances psychoactives après chauffage) par les voies respiratoires.

INJECTION
Voie d'usage de certaines substances psychoactives. L'injection intraveineuse vise à l'obtention d'un effet « flash » supérieur aux autres modes de prise, quand il ne s'agit pas, pour des usagers de longue date, d'addiction à la pratique elle-même. L'injection reste également un mode d'usage majeur parmi les usagers de drogues problématiques, dans le but de rentabiliser les quantités achetées, quand la survenue de la tolérance rend les doses nécessaires pour obtenir les effets ou supprimer le manque de plus en plus élevées.

INJONCTION THÉRAPEUTIQUE
Mesure prévue dans le cadre de la loi du 31 décembre 1970 permettant au parquet de suspendre les poursuites à l'encontre d'un usager de stupéfiants qui accepte d'être pris en charge par le système sanitaire et social. Au terme du traitement, l'usager bénéficie d'un classement sans suite. En cas de refus ou d'arrêt du traitement, les poursuites peuvent reprendre.

IVRESSE PUBLIQUE ET MANIFESTE
Contravention de deuxième classe qui donne lieu à une procédure judiciaire poursuivie devant le tribunal. L'article R. 3353-1 du Code de santé publique punit le fait de se trouver en état d'ivresse manifeste dans les lieux désignés (rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics). Dans ce cas, « par mesure de police », la personne est « conduite à ses frais au poste le plus voisin ou dans une chambre de sûreté, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré la raison » (article L. 3341-1).

JEUX DE HASARD ET D'ARGENT
Désigne des activités récréatives dont l'issue, qui repose sur le hasard, implique au préalable une mise irréversible d'argent. Y sont regroupés les loteries, les jeux de tirage et de grattage, les paris sportifs ou hippiques, les jeux de table des casinos, les machines à sous, les jeux d'habilité ou d'adresse payants avec des perspectives de gains.

JOUEUR PROBLÉMATIQUE
Terme générique désignant un joueur qui rencontre des difficultés liées à sa pratique. L'ensemble des joueurs excessifs et à risque modéré au sens du test de l'Indice canadien du jeu excessif sont assimilés à la population des joueurs problématiques.

KÉTAMINE
Produit hallucinogène utilisé en France en anesthésie vétérinaire et humaine (chlorhydrate). Elle provoque une ivresse particulière à faibles doses, des hallucinations et une sensation de perte de l'unité psychique et physique à fortes doses. On la trouve le plus souvent sous forme de poudre, parfois sous forme liquide. Elle est principalement sniffée, mais peut être avalée et beaucoup plus rarement injectée en intramusculaire ou fumée. La kétamine est classée comme produit stupéfiant. Elle est à l'origine de dépendances en cas d'usage régulier.

LSD (ACIDE LYSERGIQUE)

Hallucinogène synthétique, le LSD se présente le plus souvent sous forme de buvard destiné à être avalé. Plus rarement, on le trouve sous forme de micropointes ou de liquide (« gouttes »). Il a accompagné le mouvement psychédélique et la montée de la contre-culture américaine des années 1960-1970. Ce produit n'entraîne ni dépendance, ni tolérance. Le LSD est classé comme stupéfiant en France.

MCPP (MÉTA-(CHLOROPHÉNYL) PIPÉRAZINE)

Principe actif stimulant, retrouvé fréquemment dans les comprimés d'ecstasy en lieu et place de la MDMA.

MDMA (MÉTHYLÈNE-DIOXY-3,4-MÉTHAMPHÉTAMINE)

Principe actif de l'ecstasy, il s'agit d'une molécule ayant une activité de type amphétaminique dont l'usage s'est développé en Europe parallèlement à celui de la culture techno. La forme dominante en France au début des années 2010 n'est plus le comprimé mais la poudre et parfois le cristal. La MDMA est avalée mais aussi sniffée, plus rarement fumée ou injectée. En plus de ces effets amphétaminiques, la MDMA est un produit hallucinogène à fortes doses. Elle est classée comme stupéfiant en France.

MÉDIANE/MÉDIAN

Valeur d'une série statistique ordonnée qui la partage en deux groupes de même effectif (par exemple, le prix médian d'un ensemble d'échantillons d'un produit partage la série en deux : 50 % des échantillons observés sont moins chers et 50 % sont plus chers).

MÉDICAMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (MSO)

Médicaments utilisés dans le cadre des traitements de substitution aux opiacés (TSO). On utilise parfois MSO de préférence à TSO pour évoquer l'ensemble des usages de ces médicaments, y compris les usages non thérapeutiques.

MÉDICAMENTS PSYCHOACTIFS

Médicaments qui ont un effet psychoactif, même si celui-ci ne constitue pas l'effet visé (exemple : la morphine). Voir médicaments psychotropes.

MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES

Médicaments dont l'effet recherché est de modifier le psychisme. Les principales classes de médicaments psychotropes sont : les hypnotiques (ou somnifères), les anxiolytiques (ou tranquillisants), les antidépresseurs, les neuroleptiques, les thymo-régulateurs (ou régulateurs de l'humeur) et enfin, les psychostimulants. Les médicaments psychoactifs constituent une classe plus large que les psychotropes. Lorsque l'on ne parle pas des médicaments, les mots « psychotrope » et « psychoactif » ont la même signification.

MÉPHÉDRONE (4 MÉTHCATHINONE OU 4 MMC)

Stimulant de synthèse de la famille des cathinones, proche de la famille des phénéthylamines (contenant la MDMA et l'amphétamine).

MÉTHADONE

Molécule agoniste des récepteurs opiacés disposant d'une autorisation de mise sur le marché pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Elle est disponible en France sous forme de flacons de sirop ou de gélules de différents dosages. Sa prescription doit se faire sur ordonnance sécurisée pour

un maximum de 14 jours avec des délivrances fractionnées par 7 jours. La prescription initiale de méthadone doit être faite par un médecin exerçant en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou en hôpital. La méthadone est un médicament classé comme stupéfiant.

MÉTHAMPHÉTAMINE

Molécule amphétaminique dont les dénominations les plus connues sont ice (cristal de méthamphétamine appelé encore crystal) et yaba (comprimés de méthamphétamine). Les effets stimulants de la méthamphétamine sont plus puissants et plus durables que ceux de l'amphétamine.

MORPHINE (SULFATE DE)

Molécule agoniste opiacée disposant d'une autorisation de mise sur le marché pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits analgésiques. Le traitement est disponible sous forme à action brève et sous forme à action prolongée (Moscontin LP® et Skenan LP®). Les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. La morphine est un sédatif classé comme stupéfiant.

NARGUILÉ

Voir Chicha

NEUROLEPTIQUES

Classe de médicaments principalement prescrits dans les psychoses (schizophrénie par exemple).

NOUVEAUX PRODUITS DE SYNTHÈSE OU NOUVELLES DROGUES DE SYNTHÈSE

Terme regroupant un ensemble de substances synthétiques qui imitent les effets de différents produits et n'ont la plupart du temps, au moment de leur apparition sur le marché, pas de statut juridique clair. Ces produits parmi lesquels on trouve des cannabinoïdes de synthèse, des cathinones ou des pipérazines, sont souvent commercialisés sur Internet. On désigne aussi parfois ces produits par les termes de *legal highs*, *research chemicals* et *designer drugs*.

OPIACÉS

Famille de produits obtenus à partir de l'opium, produit sédatif d'origine naturelle provenant de cultures de pavot (Papaverum somniferum). Leur action peut être agoniste et/ou antagoniste à l'opiacé de référence (la morphine). Outre la morphine, l'héroïne, la codéine, la méthadone, la buprénorphine haut dosage, la nalorphine, la naloxone et la naltrexone sont des opiacés. Une des caractéristiques majeures de certains opiacés est leur capacité à induire une dépendance psychique et physique.

OPIUM

Préparation obtenue à partir du latex des capsules du pavot. En pratique, l'opium est traditionnellement fumé ou inhalé sous forme de vapeurs, plus rarement ingéré (généralement pour une utilisation thérapeutique) ou prisé (pour la poudre d'opium). Classé comme stupéfiant.

PEINES DE SUBSTITUTION

Peines destinées à remplacer, pour des délits, une courte peine d'emprisonnement ou une peine d'amende. Il s'agit essentiellement des peines privatives ou restrictives de droit (suspension ou interdiction du permis de conduire, interdiction du territoire français), de travaux d'intérêt général (le condamné doit accomplir, sur

une durée limitée, un travail non rémunéré au profit d'une collectivité publique, d'un établissement public ou d'une association) ou de jours-amende.

PRIX RELATIF

Prix d'un produit corrigé de l'augmentation de l'indice des prix (par exemple, l'augmentation du prix relatif du tabac signifie que la hausse du prix du tabac a été supérieure à celle des prix des autres produits).

PEYOTL

Plante d'Amérique centrale, de la famille des cactacées, utilisée lors de pratiques chamaniques pour ses propriétés hallucinogènes dues à la présence de mescaline. Le peyotl est généralement mâché, parfois bu sous forme d'infusion. En France, le peyotl comme ses préparations ont été inscrits sur la liste des stupéfiants.

PIPÉRAZINES

Ensemble de molécules synthétiques ayant pour chef de file la benzylpipérazine (BZP). La pipérazine, noyau commun aux molécules de cette famille, s'insère également dans la structure de certaines substances médicamenteuses.

POLYCONSOMMATION/POLYCONSOMMATEUR

Désigne un usage concomitant ou répété dans le temps de (au moins) deux substances psychoactives. À l'échelle de la population française, l'étude de la polyconsommation se limite à l'association d'alcool, de tabac et de cannabis car les consommations d'autres substances illicites sont très rares. Chez les usagers actifs, d'autres associations de produits sont examinées.

POPPERS

Préparations contenant des nitrites d'alkyle (amyle, butyle, propyle, cyclohexyle etc), dissous dans des solvants organiques se présentant sous la forme de petit flacon ou d'ampoule à briser pour pouvoir en inhaler le contenu. Ils produisent une euphorie éventuellement accompagnée de rires, une dilatation intense des vaisseaux et une accélération du rythme cardiaque. Certains usagers les utilisent pour améliorer les performances sexuelles. Ils sont tous interdits à la vente ou à la cession en France depuis 2011, mais certains médicaments contiennent des nitrites d'alkyle.

PRÉCURSEUR

Produit chimique susceptible d'être utilisé dans la fabrication de stupéfiants.

PRÉMIX

Mélange industriel de boissons alcoolisées et non alcoolisées sucrées. Ils contiennent entre 4° et 5,5° d'alcool pur, tout comme les « alcopops ». Ces préparations sont soumises en France à une taxation spéciale.

PRÉVALENCE / TAUX DE PRÉVALENCE

Nombre de cas (d'une maladie, d'un phénomène, d'un problème) nouveaux ou déjà présents, décompté pendant une période donnée. Le taux de prévalence est calculé en rapportant ce même nombre à la taille de la population (pour 1 000 personnes par exemple).

PRÉVENTION ENVIRONNEMENTALE

Mesures modifiant l'environnement immédiat culturel, social, physique ou économique d'une population, afin de réduire l'exposition des individus à un facteur

(potentiellement) délétère. Elle consiste par exemple à restreindre l'accessibilité ou l'attractivité d'un produit par divers moyens (réglementation de l'usage, fiscalité, etc).

PRÉVENTION UNIVERSELLE, PRÉVENTION SÉLECTIVE, PRÉVENTION INDIQUÉE

Classification qualifiant la prévention de comportements à risques selon trois catégories de publics-cibles et leurs niveaux de risque associés :

- la prévention universelle s'adresse à des groupes de population générale sans identification a priori des risques individuels relatifs à un problème donné.
- la prévention sélective est dirigée vers des groupes à risque, jugés plus vulnérables que la population générale face à un phénomène donné, au regard de facteurs de risques sociodémographiques, psychosociaux ou environnementaux.
- la prévention indiquée est délivrée, généralement de façon individuelle, à des personnes qui manifestent les premiers signes ou des facteurs de risques du phénomène combattu.

PRODUITS À INHALER

Voir solvants organiques

PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES (PES)

Mise en œuvre d'une distribution de seringues à l'unité ou de trousses de prévention dans des lieux fixes (associations, pharmacies) ou mobiles (bus, équipes de rue). Par extension, sont nommés PES les lieux où sont distribuées les seringues. Ces programmes ont été mis en place à la fin des années 1980.

PSILOCYBINE

Hallucinogène d'origine naturelle, issu des champignons de type psilocybe. La psilocine et la psilocybine sont classées produits stupéfiants en France.

PSYCHOACTIF(VE) (PRODUIT, SUBSTANCE)

Qui agit sur le psychisme en modifiant le fonctionnement du cerveau, c'est-à-dire l'activité mentale, les sensations, les perceptions et le comportement. Au sens large, beaucoup de produits possèdent un effet psychoactif (café par exemple) mais tous ne posent pas problème. Dans un sens plus restreint, les substances psychoactives sont celles dont l'usage peut être problématique. On classe habituellement les substances psychoactives en trois catégories : les sédatifs, les stimulants et les hallucinogènes. En dehors du cas particulier des médicaments (voir médicaments psychotropes), les termes psychotropes et psychoactifs ont la même signification.

PSYCHOSES / SYMPTÔMES OU TROUBLES PSYCHOTIQUES

Maladies mentales affectant profondément le comportement et dont le malade ne reconnaît pas le caractère maladif. Les symptômes psychotiques sont de deux ordres :

- les symptômes délirants : idées ou perceptions (hallucinations) en opposition avec la réalité. Le patient est convaincu, adhère à l'idée délirante,
- la dissociation : rupture de l'unité psychique, responsable de difficultés de communication, d'une altération de la logique, de discordances entre le discours, le comportement et le contexte des situations, de repli sur soi et d'apathie.

La schizophrénie est l'une de ces psychoses. Apparaissant chez l'adolescent ou chez l'adulte jeune, sa survenue peut être accompagnée, révélée ou aggravée par l'usage de drogues.

PURETÉ
Part (%) de la drogue dans le poids d'un échantillon. On parle également de teneur.

RABLA
Terme signifiant « poudre » en langue arabe et désignant l'héroïne. Son utilisation par les dealers implique que certains consommateurs ignorent de quel produit il s'agit.

RACHACHA
Résidu d'opium obtenu par transformation artisanale du pavot. Cet opiacé se présente sous forme de pâte molle de couleur marron ou rouge qui peut être fumée ou ingérée en décoction. Ce produit est classé comme stupéfiant.

RÉDUCTION DES RISQUES
Ensemble des mesures mises en œuvre pour prévenir les contaminations par les virus du sida et des hépatites, mais également les problèmes et les complications découlant de l'usage et de la recherche de drogues. Principalement, il s'agit de prévenir les complications sanitaires liées à l'utilisation de la voie intraveineuse ou à l'injection de produits réalisée dans de mauvaises conditions d'hygiène (abcès, surdoses, septicémies).

ROSE DES BOIS
Plante qui produit des graines qui contiennent, entre autres, un principe actif hallucinogène, le LSA (D-Lysergic acid amine ou ergine), proche chimiquement du LSD. Les graines sont utilisées en petites quantités par mastication, mais elles se prêtent aussi à une extraction aisée du LSA. Les effets induits par le LSA durent entre 6 et 8 heures. Substance non classée comme stupéfiant.

SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE
Espace offrant aux usagers de drogues un cadre sécurisé, afin qu'ils puissent consommer dans des conditions d'hygiène acceptables. Le fonctionnement de ces lieux (parfois qualifiés de salles de shoot) est souvent réglementé et leur accès restreint et limité aux porteurs d'une carte d'admission. Les usagers occasionnels ou débutants en sont exclus ainsi que les mineurs. Le deal est totalement prohibé. Ces espaces existent dans différents pays européens, au Canada et en Australie. Un projet d'expérimentation a été lancé en France en 2013.

SALVIA DIVINORUM (OU SAUGE DIVINATOIRE)
Plante appartenant aux nombreuses espèces de sauge (salvia). Elle doit son nom à ses effets hallucinogènes. Les feuilles fraîches de la sauge peuvent être mâchées, chiquées ou infusées. Une fois séchées, elles peuvent être fumées (avec une pipe à eau ou mélangée avec du tabac), ou encore réhydratées et mâchées. La salvinorine A, contenue dans la plante, est classée comme stupéfiant.

SÉDATIF (OU PSYCHOLEPTIQUE)
Substance ayant des effets calmants. Les principales substances addictives ayant des effets sédatifs sont les opiacés, les benzodiazépines (anxiolytiques, hypnotiques) et les solvants. Certaines classifications incluent l'alcool, classé par d'autres avec les hallucinogènes.

SEVRAGE
Au sens strict, arrêt de la consommation d'une substance dont le corps est devenu physiquement dépendant. Par extension, il s'agit de l'ensemble des mesures thé-

rapeutiques destinées à aider un sujet à mettre un terme à la consommation de substances psychoactives dont il est dépendant physiquement ou psychiquement.

SIDA (SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE)

Syndrome d'immunodéficience d'évolution progressive, conséquence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). L'infection est longtemps silencieuse avant l'apparition des symptômes définissant l'entrée dans le sida. Cette phase silencieuse tend actuellement à s'allonger en France du fait des trithérapies antivirales prises par les personnes infectées. La transmission du VIH chez les usagers de drogues peut se produire lors de l'injection du produit, s'il y a partage de seringues ou de matériel nécessaire à l'injection (filtres notamment).

SINSEMILIA

Terme signifiant sans graine en espagnol. Désigne une qualité de cannabis apparue dans les années 1960 aux États-Unis obtenue en croisant génétiquement différentes variétés et en développant au maximum la capacité en THC.

SLAM

Terme désignant des pratiques d'injection de stimulants (méphédrone notamment), chez les gays dans le cadre de relations sexuelles.

SNIFF

Technique d'absorption par voie nasale en général à l'aide d'une paille. Le produit est ici absorbé par la muqueuse nasale et non au niveau pulmonaire comme c'est le cas lors de l'inhalation. Il s'agit d'un synonyme du terme « priser » qui n'est, pour sa part, pas employé dans ce cadre.

SOLVANTS ORGANIQUES

Molécules volatiles ou gazeuses ayant la propriété de dissoudre les substances grasses. On les trouve dans de très nombreux produits, notamment les peintures, vernis, encres, colles, pesticides, produits d'entretien, cosmétiques (laques à cheveux), désodorisants d'intérieurs, carburants, antigel, comme gaz propulseur dans les bombes aérosols et comme gaz anesthésique d'usage hospitalier. Consommés par inhalation, ils provoquent une euphorie accompagnée de sensations d'ivresse, voire d'hallucinations, suivie d'une somnolence. Ils sont classés parmi les sédatifs. Ils peuvent donner lieu à une dépendance psychique et physique et à une tolérance. Ils ont surtout un effet neurotoxique, entraînant une détérioration des capacités mentales.

SOMNIFÈRES

Voir hypnotiques

STAGES DE SENSIBILISATION

Sanction inspirée des stages de sensibilisation à la sécurité routière, ces stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants ont été introduits par la loi en 2007. Les personnes interpellées pour détention et usage de stupéfiants peuvent se voir ordonner d'effectuer ce stage payant (450 euros maximum). Les stages sont destinés aux consommateurs occasionnels et non dépendants.

STIMULANTS (OU PSYCHOANALEPTIQUES)

Produits qui ont pour particularité d'augmenter l'activité psychique. Les principales substances addictogènes stimulantes sont la cocaïne (dont crack) et les amphéta-

mines (dont l'ecstasy). D'autres produits sont considérés comme des stimulants mineurs : caféine et nicotine par exemple.

STUPÉFIANTS (PRODUITS OU SUBSTANCES)
Substance inscrite dans l'une des listes de stupéfiants telles qu'elles ont été définies par la Convention unique de 1971 sur les stupéfiants. Si ces derniers constituaient initialement un groupe de substances réunies par leur propriété commune à inhiber les centres nerveux et à induire une sédation de la douleur (opiacés essentiellement), ils rassemblent aujourd'hui, au sens juridique, un ensemble de produits, variables quant à leur structure, leurs propriétés pharmacologiques et leur capacité à induire une pharmacodépendance. Les critères de classement d'une substance comme stupéfiant reposent sur deux principes : son potentiel à induire une pharmacodépendance et les dangers qu'elle représente pour la santé publique.

SUBUTEX®
Voir buprénorphine haut dosage

SURDOSE (OU OVERDOSE)
Intoxication aiguë, à l'issue parfois fatale, engendrée par la consommation d'une drogue, d'un stupéfiant ou d'un médicament psychoactif.

SYNDROME DE SEVRAGE (OU ÉTAT DE MANQUE)
Ensemble des signes pathologiques physiques et psychiques qui surviennent à l'arrêt brutal d'une substance dont le corps est devenu dépendant. Les symptômes varient avec la substance en cause. Le syndrome de sevrage peut être limité par une diminution progressive des doses et un accompagnement médical. Il ne constitue généralement pas à lui seul un obstacle à l'abandon de la consommation d'une substance.

SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE (SAF)
Syndrome lié à une exposition prénatale à l'alcool. Il se traduit par un retard de croissance pré et/ou postnatal, une dysmorphie faciale, une atteinte du système nerveux central et des problèmes comportementaux et cognitifs (troubles d'apprentissage, de la mémoire, de l'attention, etc.).

SYNTHÈSE (DROGUE, PRODUIT OU SUBSTANCE DE)
Drogue produite artificiellement et non extraite de végétaux. Couramment, le terme de « drogues de synthèse » constitue l'appellation générique de diverses drogues spécifiquement conçues (synthétisées) pour leurs effets euphorisants, stimulants ou hallucinogènes (par exemple : LSD, MDMA, kétamine, etc.).
Voir aussi Nouveaux produits de synthèse

TAUX DE RÉPONSE PÉNALE
Correspond à la part des affaires faisant l'objet d'une poursuite, d'une procédure alternative réussie ou d'une composition pénale réussie dans l'ensemble des affaires poursuivables. Le corollaire du taux de réponse pénale est le taux de classement sans suite, qui représente la part des affaires poursuivables qui n'ont pas reçu de réponse judiciaire.

TEST DE FAGERSTRÖM
Test mesurant la dépendance au tabac. Il permet d'évaluer celle-ci sur la base des réponses à six questions. Une version abrégée, comprenant seulement deux questions (laps de temps entre le réveil et la première cigarette et consommation journalière), est souvent utilisée, notamment dans les enquêtes épidémiologiques.

TEUFEUR
Personne fréquentant les manifestations de musique techno telles que les free parties.

THC OU TÉTRAHYDROCANNABINOL
Principe actif du cannabis (précisément Delta9-tétrahydrocannabinol) responsable de ses effets psychotropes. Voir cannabis.

TOLÉRANCE
Se caractérise par une diminution des effets produits par une même dose de drogue et donc une perte de sensibilité à la substance. L'usager de drogues, pour ressentir les mêmes effets, doit consommer des doses de plus en plus fortes ou augmenter la fréquence des prises.

TOXICOMANIE
Comportement de dépendance à l'égard d'une ou plusieurs substances psychoactives. Souvent remplacé par le terme addiction.

TRAFIC (INTERPELLATION POUR)
Voir usage, usage-revente, trafic local, trafic international (interpellations pour)

TRAFIC INTERNATIONAL
Voir usage, usage-revente, trafic local, trafic international (interpellations pour)

TRAFIC LOCAL
Voir usage, usage-revente, trafic local, trafic international (interpellations pour).

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS (TSO)
Modalité de traitement d'un sujet dépendant, reposant sur l'administration d'une substance ayant une activité pharmacologique similaire à celle de la drogue addictive (l'héroïne ou un autre opiacé en l'occurrence). La substitution vise à supprimer ou du moins diminuer la consommation d'opiacés illicites et à insérer le patient dans une logique de soins psychiques et physiques. La notion de TSO par rapport à celle de MSO (médicaments de substitution aux opiacés) implique la mise en œuvre d'une prise en charge également sociale et psychologique. Depuis 1995, les médecins disposent de deux médicaments : la méthadone et la buprénorphine haut dosage. Quelques rares patients sont également traités avec des sulfates de morphine, mais il n'existe pas pour ce dernier médicament d'autorisation de mise sur le marché.

TRANQUILISANTS
Voir anxiolytiques

USAGE (INTERPELLATION POUR)
Voir usage, usage-revente, trafic local, trafic international (interpellations pour).

USAGE NOCIF
Voir abus

USAGE NON SUBSTITUTIF DE BHD
Désigne une consommation de buprénorphine haut dosage qui ne vise pas à remplacer une consommation d'héroïne ou n'est pas rendue nécessaire par une dépendance à l'héroïne. Cet usage peut concerner une personne qui consomme de la BHD sans jamais avoir consommé d'héroïne ou une personne qui devient dépendante de la BHD, sans jamais avoir été dépendante de l'héroïne.

USAGE PROBLÉMATIQUE

Désigne, pour l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), le fait d'avoir consommé au cours de l'année passée par voie intraveineuse ou de façon régulière des opiacés, de la cocaïne et/ou des amphétamines.

USAGE RÉCENT

Consommation d'une substance psychoactive au moins une fois dans les 30 derniers jours.

USAGE RÉGULIER

Consommation d'une substance psychoactive au moins 10 fois au cours des 30 derniers jours. Pour le tabac, l'usage régulier correspond à un usage quotidien.

USAGE RÉPÉTÉ

Consommation d'une substance psychoactive au moins 10 fois dans l'année mais moins de 10 fois dans le mois.

USAGE, USAGE-REVENTE, TRAFIC LOCAL, TRAFIC INTERNATIONAL (INTERPELLATIONS POUR)

Dans le fichier des infractions à la législation sur les stupéfiants, les interpellations sont classées en quatre catégories :

- usage (sans trafic ni revente) ;
- usage-revente (désigne des usagers qui se livrent à des activités de vente, souvent pour leur propre consommation) ;
- trafic local (introduit la notion de réseau et désigne des vendeurs qui ne consomment pas ou des personnes qui consomment et qui vendent à des usagers-revendeurs) ;
- trafic international (désigne les auteurs de trafics à grande échelle, généralement internationaux).

Les interpellations pour trafic regroupent les catégories usage-revente, trafic local et trafic international.

La qualification prend en compte le statut de consommateur de l'auteur de l'infraction, la structure et l'importance du trafic et le rôle de l'appréhendé dans ce trafic et, de manière moins explicite, l'importance des quantités de stupéfiants détenues. Le policier ou le gendarme retient une des catégories à partir des éléments de son enquête, les critères ne pouvant être tous explicités. Quoi qu'il en soit, seules les décisions de justice établissent la qualification définitive à partir des infractions inscrites au Code pénal (pour les trafics) ou au Code de la santé publique (pour l'usage).

USAGE-REVENTE

Voir usage, usage-revente, trafic local, trafic international (interpellations pour)

USAGER CACHÉ

Terme qualifiant un usager qui n'a pas été en contact avec les institutions sanitaires ou répressives. Il s'agit souvent d'usagers dont on considère qu'ils sont insérés socialement.

USAGER DÉSINSÉRÉ (SOCIALEMENT)

Usager de drogue vivant dans une situation de précarité c'est-à-dire ne disposant pas d'un logement stable et/ou de liens sociaux solides (famille, amis) et/ou ne disposant pas de revenus liés à un emploi, ou sans revenu. Certains de ces usagers peuvent ne pas avoir de couverture sociale ou de papiers d'identité.

USAGER INSÉRÉ

Usager de drogue répondant à des critères d'insertion sociale (accès à un logement, couverture sociale, revenus et éventuellement travail) et disposant d'un environnement relationnel (familial et amical).

USAGER ACTIF

Usager de drogue qui est dans une période de consommation plus ou moins intensive, pour le différencier d'un usager engagé dans un processus de prise en charge. Le premier consomme en général plus de produits, à des fréquences supérieures, se trouve dans des situations plus précaires, et prend davantage de risques en consommant. Cette notion est théorique, puisque tous les parcours ne sont pas identiques et que les usagers alternent le plus souvent des phases différentes de consommation.

ZYBAN® (BUPROPION)

Médicament psychotrope, apparenté à l'amphétamine, prescrit comme aide au sevrage tabagique chez les personnes majeures présentant une dépendance au tabac, commercialisé en France depuis septembre 2001. Il doit être accompagné d'un soutien psychologique.

Repères méthodologiques

INTRODUCTION MÉTHODOLOGIQUE

Les principales sources d'information utilisées dans l'ouvrage sont mentionnées à la fin de chaque chapitre et décrites dans ces repères méthodologiques. Classées par ordre alphabétique, ces sources pourraient également être regroupées en grandes catégories :

- les enquêtes quantitatives en population générale : réalisées à partir de larges échantillons représentatifs de la population française (adultes, adolescents, jeunes scolarisés, etc.), elles présentent l'avantage de donner une mesure directe de certains phénomènes (niveaux d'usage, opinions, etc.) et de fournir des estimations extrapolables à l'ensemble de la population. Reproduites à l'identique sur plusieurs années, ces enquêtes permettent de suivre l'évolution dans le temps du phénomène. L'observation de comportements rares ou des usages de certaines sous-populations spécifiques ou difficiles à joindre nécessitent le recours à des outils de mesure complémentaires ;
- les statistiques administratives (sanitaires ou répressives) : elles présentent l'avantage d'être souvent faciles d'accès, exhaustives et gratuites. En revanche, elles sont établies pour rendre compte de l'activité des agents ou des structures et personnes en relation avec ces administrations (interpellations, file active des structures de soins,...). En l'absence ou en complément d'observations plus directes, ces données illustrent les phénomènes mais leur interprétation doit être prudente, du fait de la sélection particulière des individus observés (usagers ou trafiquants interpellés, produits saisis, usagers pris en charge, etc.) ;
- les enquêtes auprès des usagers : pour mieux appréhender certains usages, modes de consommations, motivations, etc. liés à un (ou des) produit(s), des enquêtes doivent cibler ces consommateurs. La représentativité ne pouvant être atteinte, la constitution de l'échantillon repose sur des méthodes « qualitativistes » (diversification des contacts, méthode « boule de neige »,…). Les comportements étudiés ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population française. Par rapport aux enquêtes en population générale, la taille a priori plus réduite de l'échantillon autorise une plus grande diversité d'approche (questionnaires, entretiens, observations, recueils de produits, etc.) et un questionnement plus approfondi ;

■ certaines sources se classent difficilement dans les catégories précédentes, parce qu'elles associent les approches qualitatives et quantitatives ou parce qu'elles visent des populations aux contours confus. Le dispositif d'observation TREND se situe à la croisée des différentes méthodes décrites précédemment et se singularise par l'objet d'étude qu'il se fixe : les phénomènes émergents. N'excluant pas le recours aux méthodes statistiques, les informations qu'il délivre sont principalement de nature qualitative : des observations de terrain, dont la validation croisée et l'analyse permettent de dégager des tendances venant compléter les constats fournis par les autres enquêtes et statistiques pérennes.

Pour écrire cet ouvrage, d'autres sources d'informations, pas forcément chiffrées, ont été utilisées. La méthodologie de certaines est décrite ci-après (exemple : base législative).

Chaque description des repères méthodologiques comporte : le nom de la source, l'organisme responsable ou le maître d'œuvre, une rapide description méthodologique, les principales et dernières références bibliographiques. Tous les rapports publiés par l'OFDT ainsi que les numéros de la revue Tendances sont disponibles sur le site internet de l'OFDT (http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi.html). Leurs adresses URL ne sont donc pas reprises ici.

Pour une description plus complète de la méthodologie de ces systèmes d'information, se reporter au répertoire des sources statistiques de l'OFDT :
http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/sources.html

Description détaillée des sources

ASA-CAARUD

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

En complément de l'enquête ENaCAARUD (voir ci-après), l'OFDT a mis en place un autre outil de recueil épidémiologique auprès des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour les usagers de drogues (CAARUD) : le rapport d'activité standardisé annuel. Ce dispositif, nommé ASA-CAARUD, s'attache à donner des éléments sur la nature des activités développées dans ces structures d'accueil des usagers de drogues. Chaque CAARUD transmet via un rapport d'activité standardisé des informations quantitatives et qualitatives, relatives à son activité mais également aux usagers accueillis et leurs pratiques, ainsi que les produits consommés. La dernière analyse globale, portant sur 118 rapports (sur 133 CAARUD métropolitains et des départements d'outre-mer répertoriés, soit environ 89 %), concerne l'année 2010. Malgré les différences qui existent entre ces structures, elle tente de décrire le dispositif d'un point de vue national et régional, de préciser les caractéristiques des personnes reçues et de détailler les principales interventions réalisées par les CAARUD.

Pour en savoir plus

Dambélé S., *Les CAARUD en 2010. Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD*, Saint-Denis, OFDT, à paraître.

Baromètre prix OCRTIS

Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS)

En 2006, l'OCRTIS a mis en place un relevé des prix des cinq principales substances illicites disponibles en France (résine de cannabis, herbe de cannabis, cocaïne, héroïne et ecstasy). Ce Baromètre prix repose sur une matrice de recueil de données chiffrées sur les prix (au gramme ou au comprimé pour l'ecstasy) et de commentaires sur l'offre et l'évolution des trafics, en s'appuyant sur les services locaux de police (police judiciaire et brigades des stupéfiants). L'objectif du dispositif est de connaître les prix de gros (prix payé lors de l'achat de grandes quantités de produit au fort taux de pureté), de demi-gros et de détail (prix de vente à l'usager dans la rue), de les cartographier et de disposer d'un outil fiable de suivi de l'évolution des prix. L'indicateur retenu par l'OCRTIS est le prix médian, correspondant au prix pour lequel 50 % des prix sont en dessous de ce seuil et 50 % au-dessus.

Pour en savoir plus

données non publiées

Baromètre prix semestriel TREND

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Depuis 2011, l'OFDT procède à un recueil semestriel des prix de détail des cinq principales drogues illicites circulant en France (résine de cannabis, herbe de cannabis, héroïne, cocaïne, MDMA). Pour cela, il s'appuie sur le dispositif TREND, présent dans sept grandes agglomérations (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse). Le Baromètre prix TREND est effectué à partir d'une matrice commune de recueil permettant de collecter des informations sur le prix de détail, ainsi qu'une évaluation de la disponibilité de chaque substance, en ayant recours à différentes sources (de préférence usager ou observateur ethnographique, mais aussi professionnel socio-sanitaire). Ce relevé des prix vient compléter celui mis en place par l'OCRTIS. Compte tenu de la segmentation du marché des drogues, pour une substance donnée, le choix a été fait de séparer les espaces (festif et urbain) afin d'avoir une idée plus juste du prix réel du produit.

Pour en savoir plus

Gandilhon M., Cadet-Taïrou A. et Lahaie E., *Les prix de détail et la disponibilité des principales substances psychoactives circulant en France au second semestre 2011. Note n°2012.03 à l'attention de la MILDT,* Saint-Denis, OFDT, 2012, 7 pages.

Baromètre santé

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Le Baromètre santé 2010 est une enquête téléphonique reposant sur un échantillon de près de 27 700 individus âgés de 15 à 85 ans, représentatif de la population française vivant en France métropolitaine. Cette enquête a été réalisée entre octobre 2009 et juillet 2010. Elle fait suite aux cinq enquêtes « Baromètre santé adultes » (1992, 1993, 1995, 2000 et 2005) et aux « Baromètre santé jeunes » (1994, 1997, 2000). Le questionnaire porte sur les différents comportements et attitudes de santé des Français (consommation de soins, dépression, vaccination, pratiques de dépistage,

activité sportive, violence, sexualité, etc.) et aborde leurs consommations de drogues licites et illicites. Pour la première fois en 2010, l'enquête se penche aussi sur les pratiques de jeux de hasard et d'argent.

Pour en savoir plus

Beck F., Guignard R., Richard J.B., Tovar M.L. et Spilka S., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n°76, 2011, 6 pages.

Baromètre santé médecins généralistes

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Depuis 1992, l'INPES a réalisé six enquêtes auprès de médecins généralistes (1992, 1993/1994, 1994/1995, 1998/1999, 2002/2003 et 2008/2009) et deux enquêtes auprès de pharmaciens en officine (1998/1999, 2002/2003), suivant la méthodologie développée dans ses enquêtes « Baromètre santé ». La dernière enquête, réalisée par téléphone et Internet entre le 6 novembre 2008 et le 31 janvier 2009, interroge 2 083 médecins généralistes exerçant en libéral, soit un médecin sur trente. Le taux de refus est de 30,9 % et celui d'abandon ou de non-réalisation de l'enquête de 12 %. Les questions portent sur leurs comportements, attitudes et opinions relatifs à leur pratique médicale, et notamment la prise en charge des problèmes d'addiction. Sur ce thème, les questions ont trait au nombre de patients suivis dépendants aux opiacés (y compris sous traitement de substitution aux opiacés), au cannabis et aux autres substances illicites (cocaïne, amphétamines, ecstasy) ; au repérage des usages ; au nombre de patients pris en charge pour un sevrage tabagique ou alcoolique ; au mode de prise en charge (seul ou avec une structure spécialisée) et aux opinions du médecin à propos des drogues.

Pour extrapoler le nombre total de patients accueillis, une semaine donnée, pour un sevrage tabagique ou alcoolique, ou qui sont dépendants aux produits illicites, le nombre moyen de patients issu de cette enquête a été multiplié par le nombre total de médecins généralistes exerçant en libéral (environ 60 000 en 2009). Ce calcul suppose que les non-répondants (30,9 %) ont vu autant de ces patients que les répondants.

Pour en savoir plus

Gautier A. (dir.), *Baromètre santé médecins généralistes 2009*, Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2011, 261 pages.

Base législative OFDT-MILDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) / Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)

La base de données des textes législatifs relatifs au champ des drogues donne accès au texte intégral d'un peu plus de 2 500 documents français (lois, décrets, arrêtés, circulaires, ordonnances, rapports législatifs, etc.) publiés depuis 1845. Elle vise l'exhaustivité pour les textes français et recense les principaux textes relatifs aux conventions et traités internationaux. Elle s'enrichit au fur et à mesure des textes récents. Cette base a été constituée à partir d'un important fonds législatif (plus de 1 000 documents)

compilé par la MILDT. Elle est issue de la veille quotidienne de la base Légifrance pour les textes publiés au Journal officiel, et des sites des différents ministères pour les textes publiés dans les Bulletins officiels. D'autres sources sont également surveillées : les circulaires officielles (publiées sur le site Circulaires.gouv.fr), les textes du Sénat et de l'Assemblée nationale, la collection des traités de l'Organisation des nations unies. L'intégralité de cette base est disponible en ligne via le site de l'OFDT, qui produit chaque mois un bulletin de veille législative permettant d'être rapidement informé des textes récents.

Pour en savoir plus

http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/bdoc.html

Base nationale STUPS©

Institut national de police scientifique (INPS)

Créé en 1986, le Fichier national des drogues saisies (FNDS) s'est d'abord concentré sur les analyses d'héroïne ; dès 1990, les échantillons de cocaïne ont eux aussi été étudiés, avant que toutes les drogues soient incluses, au sein de la base STUPS© (Système de traitement uniformisé des produits stupéfiants), initiée en 1999.

Cinq laboratoires de la police scientifique (Lille, Paris, Lyon, Marseille, Toulouse) et l'Institut de recherche criminelle de la Gendarmerie nationale (IRCGN) enrichissent cette base des analyses qu'ils pratiquent, accompagnées de photos, de logos, etc. afin de rendre compte des produits circulant.

Pour en savoir plus

Institut national de police scientifique, *Statistiques 2011, Fichier STUPS© et sécurité routière, Analyse par produit (saisies)*, Paris, Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer et des Collectivités territoriales, 2012, 27 pages.

BNCI : Base nationale des cas d'intoxication et des demandes d'informations toxicologiques

Réseau des centres antipoison et de toxicovigilance (CAP/TV)

La base nationale des cas d'intoxication (BNCI) permet l'enregistrement systématique des réponses aux demandes de prise en charge (et de suivi de dossiers) par les centres antipoison et/ou de toxicovigilance. Elle regroupe tous les cas d'exposition aux toxiques (médicamenteux, industriels ou naturels) recensés dans neuf des dix centres antipoison et de toxicovigilance en France (Angers, Bordeaux, Lyon, Marseille, Nancy, Paris, Rennes, Strasbourg et Toulouse – celui de Lille ayant son propre système de suivi nommé Ciguë). Cet outil permet ensuite de déterminer le nombre de cas d'exposition à un toxique spécifique, selon leur gravité, l'âge et le sexe de l'individu et les circonstances d'exposition. Les décès consécutifs à ces expositions aux toxiques ne sont en revanche pas comptabilisés dans cette base.

En savoir plus

Ferrari L., Saviuc P. et Gazin V., *Intoxication par les poppers. Analyse préliminaire des données de la BNCI, 1999-2009*. Rapport fait à la demande de l'AFSSAPS, Comité de coordination de toxicovigilance, 2009, 27 pages.

Cadres des parquets

Ministère de la Justice

Les données concernant l'activité pénale des juridictions sont issues des « cadres des parquets », imprimés qui contiennent des données recueillies aux différentes étapes du processus pénal. Les cadres des parquets exploités dans cet ouvrage dénombrent les affaires (et non les personnes) traitées chaque année par les parquets des tribunaux de grande instance de métropole et des départements d'outre-mer. Cette statistique renseigne sur le volume d'affaires reçues par les parquets (contraventions de 5e classe, délits et crimes) et les orientations données aux affaires traitées durant l'année (poursuites, composition pénale, procédures alternatives, classements sans suite). Le détail des orientations pénales (par infraction) n'étant pas encore disponible au niveau national, les données présentées dans cet ouvrage proviennent de l'Infocentre « Nouvelle chaîne pénale » (voir ci-après). Le déploiement progressif du logiciel de gestion Cassiopée, chaîne informatique destinée à remplacer les applications pénales aujourd'hui existantes, devrait permettre à terme de disposer de données nationales comparables dans l'ensemble des juridictions.

Pour en savoir plus

Ministère de la Justice, *Annuaire statistique de la Justice. Édition 2011-2012*, Paris, La Documentation française, 2012, 368 pages.

Casier judiciaire national

Sous-direction de la statistique et des études (SDSE) du ministère de la Justice

Depuis 1984, les informations relatives aux condamnations sont issues d'une exploitation du Casier judiciaire national. Elles détaillent les différentes infractions sanctionnées dans les condamnations prononcées par les juges, le type de procédure, la nature et la durée de la peine, ou le cas échéant, le montant de l'amende, et les caractéristiques des personnes condamnées (âge, sexe et nationalité). Comme la décision rendue à l'encontre d'une personne peut être motivée par plusieurs infractions, c'est la notion d'infraction principale qui est la plus fréquemment utilisée dans les statistiques du ministère de la Justice. D'autres unités de compte permettent d'affiner l'analyse, par exemple pour l'usage de stupéfiants : les condamnations pour usage en infraction associée (pour examiner les associations les plus fréquentes et les peines correspondantes) ou celles pour usage en infraction unique. Les condamnations ne doivent pas être confondues avec les personnes condamnées. Une personne condamnée deux fois dans l'année sera comptée deux fois dans la statistique des condamnations.

Pour en savoir plus

Ministère de la Justice, *Annuaire Statistique de la Justice, édition 2011-2012*, Paris, La Documentation française, 2012, 368 pages.

Coquelicot : Étude multicentrique multisites sur la fréquence et les déterminants des pratiques à risque de transmission des VIH et VHC chez les usagers de drogues

Institut de veille sanitaire (InVS)

L'étude Coquelicot a pour objectif de mesurer les prévalences de l'infection à VIH et VHC chez les usagers de drogues par injection via un volet

épidémiologique (assorti de tests sanguins) alors qu'un autre volet, socio-anthropologique, vise à comprendre les déterminants des pratiques à risque (par des entretiens avec des usagers). La première partie a été menée durant 8 semaines en 2004 et la seconde de 2005 à 2007. L'étude aspire à mieux connaître la perception par les usagers de leur santé et de la prise en charge, les pratiques de consommation, leur connaissance des modes de transmission du VIH, VHC, VHB et leurs pratiques à risque (contexte de l'initiation aux drogues, partage du matériel de consommation, utilisation du préservatif, etc.). L'enquête s'est déroulée en 2004 à Lille, Strasbourg, Paris, Marseille et Bordeaux auprès de 1 500 usagers ayant pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie. Ces personnes ont été recrutées dans diverses structures (hébergements, centres de soins, dispositifs de réduction des risques et cabinets de médecine générale). Sur 2 389 usagers de drogues sollicités, 1 462 ont accepté de participer, soit un taux de 61 %. Parmi eux, 79 % ont accepté le prélèvement sanguin au doigt.

Pour en savoir plus

Jauffret-Roustide M., Couturier E., Le Strat Y., Barin F., Émmanuelli J., Semaille C., Quaglia M., Razafindratsima N., Vivier G., Oudaya L., Lefèvre C. et Désenclos J.C., « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 », *BEH – Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°33, 2006, pp. 244-247.

Données de remboursement de l'Assurance maladie (SNIIRAM / EGB)

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Créée en 1998, la base nationale SNIIRAM (Système national d'information inter-régimes d'assurance maladie) regroupe les données relatives à l'ensemble des remboursements consécutifs aux soins reçus par les assurés des trois principaux régimes d'assurance maladie : le régime général (hors fonctionnaires et étudiants), le régime des indépendants et la mutuelle agricole. À terme, elle comprendra tous les régimes existants en France. Cette base centralise les données sur les patients (âge, sexe, couverture médicale universelle, affection de longue durée, département de résidence, etc.), sur la consommation de soins en ville ou en établissement hospitalier et sur les pathologies traitées. En 2005-2006, un échantillon au 1/97ème des bénéficiaires inclus dans le SNIIRAM, appelé Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB), a été constitué. Il rassemble l'ensemble des consommations de soins des individus qui y figurent. Il s'agit d'un échantillon vivant, qui s'adapte au fil du temps selon les arrivées (naissances, nouvelles affiliations aux 3 grands régimes) et les sorties (décès, changements de régime).

Pour en savoir plus

de Roquefeuil L., Studer A. et Merlière Y., « L'Échantillon généraliste de bénéficiaires : représentativité, portée et limites », *Pratiques et organisation des soins*, Vol.40, n°3, 2009, pp. 213-223.

DRAMES : Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Cette enquête a été mise en place en 2002 afin d'obtenir les données les plus exhaustives possibles sur les cas de décès survenant lors de l'usage

de substances psychoactives dans le cadre d'abus ou de pharmacodépendance. Elle permet l'identification des produits impliqués dans les décès faisant un usage abusif de substances psychoactives (médicamenteuses ou non), en opérant un recueil de données quantitatives (dosages sanguins). L'enquête vise aussi à caractériser les sujets, décrire les circonstances de découverte du corps, le stade de l'abus lors du décès, les résultats de l'autopsie ainsi que l'identification et la quantification des substances retrouvées.

Il s'agit d'un recueil en continu mis en place en 2002 et à visée exhaustive sur le territoire métropolitain. En 2010, 36 experts toxicologues réalisant des analyses dans un cadre médico-légal ont participé à ce recueil. Sont inclus dans DRAMES, les décès liés à la drogue répondant à la définition de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (psychose due à la drogue, dépendance, toxicomanie sans dépendance et empoisonnement accidentel causé par la prise d'opiacés, de cocaïne, de stimulants, de cannabis ou d'hallucinogènes) et pour lesquels des analyses toxicologiques ont été réalisées par les toxicologues participant à l'étude.

Pour en savoir plus

CEIP de Grenoble, *Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES) 2010*, Saint-Denis, ANSM, non publié.

ENaCAARUD : Enquête nationale auprès des CAARUD

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette enquête, exhaustive dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) de métropole et des départements d'outre-mer, permet de déterminer le nombre d'usagers qui fréquentent ces structures et leurs caractéristiques ; elle permet également de suivre les consommations et l'émergence d'éventuels nouveaux phénomènes, pour adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux difficultés de cette population.

Menée pour la première fois en 2006, elle est répétée à un rythme biennal. Elle a lieu au cours d'une semaine donnée, au mois de novembre, et interroge chaque personne qui entre en contact avec la structure au moment de l'enquête. Encadrée par un intervenant du centre, elle est réalisée par questionnaire en face-à-face. Les questions portent sur les consommations (fréquence, âge de début d'usage), les comportements de consommation (injection, partage de matériel, etc.), les dépistages (VIH, VHB et VHC) et la situation sociale (couverture sociale, logement, niveau d'éducation, etc.).

L'enquête 2010 a eu lieu du 22 au 28 novembre 2010 : 4 488 questionnaires complétés ou « non-répondants » ont été recueillis. Après élimination des doublons (283) et des questionnaires « non-répondants » (1 700), 2 505 individus ont été inclus dans l'analyse. Un court encadré relatif aux non-répondants permet de compter et de qualifier a minima les usagers n'ayant pas rempli le reste du questionnaire. Un nouvel exercice a été conduit en 2012, entre le 26 novembre et le 7 décembre.

Pour en savoir plus

Cadet-Taïrou A., *Résultats ENaCAARUD 2010, profils et pratiques des usagers*, Note de synthèse, Saint-Denis, OFDT, 2012, 6 pages.

Enquête CJC : Enquête dans les consultations jeunes consommateurs

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'exercice 2007 est le deuxième de l'enquête sur les personnes accueillies en consultation jeunes consommateurs (CJC), dispositif créé en 2005 pour accueillir les jeunes usagers de substances psychoactives, bien qu'il s'agisse dans les faits majoritairement de cannabis. Cette enquête a pris le relais du système de suivi mensuel de l'activité des consultations cannabis, dit SIMCCA. L'enquête 2007 s'appuie sur les réponses des professionnels qui ont reçu les patients (ou leur entourage) entre le 20 mars et le 20 avril 2007. Le questionnaire a ensuite été complété à chaque nouvelle visite de la personne, jusqu'au 30 juin 2007. L'enquête couvre la métropole et les départements d'outre-mer. Les données ainsi collectées permettent d'observer les modalités de suivi proposées aux personnes accueillies dans ce dispositif. Outre le volet portant uniquement sur le cannabis, l'exercice 2007 intègre des questions sur la nature de la demande exprimée en consultation et l'évolution des consommations au fil des consultations.

Pour en savoir plus

Obradovic I., *Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, Saint-Denis, OFDT, 2009, 173 pages.

EROPP : Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'enquête EROPP mesure les opinions, les perceptions et les représentations de la population française sur les psychotropes et sur les actions publiques qui y sont liées. Celle de 2013 constitue le 4e exercice, après les trois premiers de 1999, 2002 et 2008. Cette enquête téléphonique repose sur un échantillon par sondage aléatoire, représentatif de la population française âgée de 15 à 75 ans, constitué d'une part de foyers équipés de ligne fixe (2 200 individus) et d'autre part d'utilisateurs exclusifs de téléphone portable (300 individus). Les données ont été recueillies entre le 27 octobre et le 25 décembre 2012. Les individus sont interrogés sur leurs consommations, leur perception du niveau de dangerosité pour la santé, leur perception des usagers et les politiques publiques touchant les drogues licites et illicites.

Pour en savoir plus

OFDT, « Perceptions et opinions des Français sur les drogues en 2013. Enquête EROPP », *Tendances*, à paraître.

ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations des jeunes de 17 ans lors de la Journée défense et citoyenneté

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) en partenariat avec la Mission liaison partenariat de la Direction du service national (DSN) du ministère de la Défense

Conduite tous les ans entre 2000 et 2003, l'enquête ESCAPAD est organisée selon un rythme triennal depuis 2005. Elle se déroule lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC), ex-Journée d'appel de préparation à la défense, qui a remplacé depuis 1998 le service national en France. Les jeunes qui participent à cette journée répondent à un questionnaire auto-administré

anonyme centré sur leurs consommations de substances psychoactives, leur santé et leur mode de vie. En 2011, 200 centres du service national métropolitains et d'outre-mer ont été mobilisés pour organiser 789 sessions d'enquête, durant une semaine et demie en avril. Au total, 32 249 individus ont été interrogés et 29 143 questionnaires ont été analysés. Ces adolescents, majoritairement âgés de 17 ans, sont de nationalité française. Un jour donné, le taux de participation à la JDC est de l'ordre de 90 % (nombre de présents sur nombre de convocations) mais le taux de couverture est bien au-delà de ce ratio (convocations possibles à plusieurs dates car la participation est quasi-obligatoire pour permettre l'inscription à plusieurs examens). Ainsi, le taux de participation à l'enquête est supérieur à 99,9 % et le taux de réponse aux principales questions sur les drogues supérieur à 96 %.

Pour en savoir plus

Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.L., « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 », *Tendances*, n°79, 2012, 4 pages.

ESEMeD : European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

Institut de sondages IPSOS pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

ESEMeD est une enquête épidémiologique européenne qui s'intègre dans une étude mondiale sur la santé mentale (Mental Health Disability: European Assessment) conduite dans 40 pays sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle porte sur les diagnostics de troubles psychiatriques et sur la consommation de psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques/hypnotiques, antipsychotiques et thymorégulateurs) au cours de l'année. Six pays européens y ont participé (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Pays-Bas et Italie). Elle a été menée entre 2001 et 2003 et a concerné au total 21 425 individus âgés de 18 ans et plus (dont 2 894 en France), ayant un domicile fixe et ne vivant pas en institution. Un échantillon représentatif de la population dans chaque pays a été tiré au sort ; en France, les personnes ont été sélectionnées à partir d'une liste de numéros de téléphone générés aléatoirement. Le taux de participation atteint 45,9 % (contre 60,5 % en moyenne dans les 6 pays). Les données ont été recueillies lors d'entretiens en face-à-face par des enquêteurs de l'institut de sondage IPSOS. Les principales limites méthodologiques tiennent au fait que le taux de participation en France est assez faible et qu'il est probable que les non-répondants aient des consommations de psychotropes plus importantes que les répondants.

Pour en savoir plus

Briot M. et Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, *Le bon usage des médicaments psychotropes*, Paris, Assemblée nationale, 2006, 500 pages.

ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) / Ministère de la Jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche (MJENR) / Secrétariat général de l'enseignement catholique / Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM U669) / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

L'enquête ESPAD a été initiée au niveau européen en 1995 par le Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN), avec le soutien du Conseil de l'Europe (Groupe Pompidou). Il s'agit d'une enquête

quadriennale, en milieu scolaire, qui cible les élèves de 16 ans, âge de fin de scolarité obligatoire dans la majorité des pays européens. Le recueil de données a lieu durant le 2e trimestre de l'année d'enquête. L'exercice 2011 s'est déroulé dans 36 pays, dont la France pour la quatrième fois consécutive, sur la base d'un questionnaire commun centré sur les usages, les attitudes et les opinions relatifs aux drogues. Au total en France, 2 572 élèves nés en 1995, c'est-à-dire âgés 15-16 ans, ont répondu individuellement à un questionnaire auto-administré passé en classe, en présence d'un professionnel de santé. Par ailleurs, l'OFDT a choisi d'élargir son échantillon en 2011 aux élèves scolarisés de la seconde à la terminale pour couvrir les « années lycée ».

Pour en savoir plus

Hibell B. *et al.*, *The 2011 ESPAD Report. Substance use among students in 36 European countries*, Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2012, 390 pages.

Étude « Les traitements de substitution vus par les patients : quels sont les enseignements de leur expérience ? »

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) / Université de Bordeaux / Centre Émile Durkheim

Cette étude a pour objectif de décrire et comprendre la pratique des traitements de substitution à partir d'entretiens conduits auprès des patients. Ce travail retrace les étapes clés pour le patient : l'entrée et la gestion quotidienne des traitements, ainsi que la question de la sortie de la substitution. Cent-vingt personnes substituées par buprénorphine haut dosage ou par méthadone dans des cadres thérapeutiques différents (médecine de ville, hôpital, CSAPA, centre thérapeutique résidentiel) ont été interrogées entre avril 2009 et juillet 2010. Leurs profils sociodémographiques ainsi que les durées de traitements (récentes, intermédiaires ou anciennes) sont variés. Tous les profils n'ont pas pu être interrogés, notamment les détenus et les jeunes errants ou migrants en situation de précarité.

Pour en savoir plus

Langlois E., *Les traitements de substitution vus par les patients. Quels sont les enseignements de leur expérience ?*, Saint-Denis, OFDT, 2011, 150 pages.

Étude « Usages problématiques de cocaïne et de crack : quelles interventions pour quelles demandes ? »

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'étude permet de mieux connaître les profils de consommateurs, les problèmes somatiques, psychiatriques et sociaux en lien avec ces usages et de faire le point sur les demandes des usagers et les difficultés rencontrées. Cette étude qualitative a été menée en 2007 et 2008 par l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées, en collaboration avec l'OFDT. Des entretiens auprès de 37 usagers et de 93 professionnels, ainsi que 14 groupes focaux d'équipes de soins, ont été mobilisés pour cette recherche.

Pour en savoir plus

Escots S. et Sudérie G., *Usages problématiques de cocaïne/crack. Quelles interventions pour quelles demandes ?*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 246 pages.

Eurobaromètre sur les attitudes des Européens à l'égard de l'alcool

Institut de sondages TNS Opinion & Social pour la Commission européenne

Depuis 1973, la Commission européenne effectue, par le biais de sondages, un suivi régulier de l'opinion publique dans les États membres. Elle a entrepris d'étudier au cours des dernières années le phénomène des drogues licites et illicites, dont l'alcool.

Cet Eurobaromètre, mené entre le 2 et le 19 octobre 2009 dans les 27 pays membres de l'Union européenne (UE), cherche à évaluer la consommation d'alcool, la connaissance des risques associés ainsi que le soutien aux politiques publiques en la matière. Au total, près de 26 800 individus âgés de 15 ans et plus, sélectionnés selon une méthode aléatoire, ont été interrogés en face à face. Pour corriger les disparités d'échantillonnage, une pondération des résultats a été effectuée sur les variables socio-démographiques (sexe, âge, etc.). Il convient d'interpréter les résultats avec prudence en raison des faibles échantillons dans chaque pays (1 000 personnes en France) qui ne permettent pas de calculer des prévalences nationales ni de faire des analyses poussées.

Pour en savoir plus

TNS Opinion & Social, *Attitudes des citoyens de l'UE à l'égard de l'alcool.* Eurobaromètre spécial 331, Bruxelles, Commission Européenne, 2010, 131 pages.

Eurobaromètre sur les attitudes des Européens à l'égard du tabac

Institut de sondages TNS Opinion & Social pour la Commission européenne

Depuis 1973, la Commission européenne effectue, par le biais de sondages, un suivi régulier de l'opinion publique dans les États membres. Elle a entrepris d'étudier au cours des dernières années le phénomène des drogues licites et illicites, dont le tabac.

Cet Eurobaromètre, mené entre le 25 février et le 11 mars 2012 dans les 27 pays membres de l'Union européenne (UE), cherche à mesurer les comportements d'usage et d'achat du tabac, les motivations à l'arrêt ainsi que les opinions relatives à ce produit. Au total, plus de 26 700 individus âgés de 15 ans et plus, sélectionnés selon une méthode aléatoire, ont été interrogés en face à face dans l'ensemble des pays de l'UE. Pour corriger les disparités d'échantillonnage, une pondération des résultats a été effectuée sur les variables socio-démographiques (sexe, âge, etc.). Il convient d'interpréter les résultats avec prudence en raison des faibles échantillons dans chaque pays (1 059 personnes en France) qui ne permettent pas de calculer des prévalences nationales ni de faire des analyses poussées.

Pour en savoir plus

TNS Opinion & Social, *Attitudes of European towards tobacco*, Special Eurobarometer 385, Bruxelles, Commission européenne, 2012, 167 pages.

Évaluation des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) / Ministère de la Justice

Cette évaluation des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants, mis en place en 2007, a pour objectif de décrire l'offre disponible et de déterminer d'une part les conditions de mise en œuvre de ces

stages, et d'autre part le profil du public accueilli. Pour cela, l'OFDT a conduit une enquête par questionnaire auto-administré en deux volets, auprès de l'ensemble des structures proposant des stages, durant une période de six mois (du 1[er] décembre 2010 au 31 mai 2011). Le premier volet d'enquête a interrogé les structures prestataires de stages conventionnés, le second s'est adressé aux usagers de drogues accueillis. L'échantillon comprend 99 structures prestataires (sur 101 alors en activité) et 4 004 stagiaires (sur plus de 4 300 présents), témoignant d'une très bonne représentativité de l'enquête. Les taux de réponses exploitables s'élèvent à 98 % pour le volet « offre de stages » et 93 % pour le volet « stagiaires ». Le taux de réponse des structures prestataires varie, selon les questions, entre 94 % et 100 %.

Pour en savoir plus

Obradovic I., *Évaluation des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants*, Saint-Denis, OFDT, 2012, 119 pages.

Fichier des infractions au code de la route

Direction de la modernisation et de l'action territoriale (Sous-direction de la circulation et de la sécurité routière) du ministère de l'Intérieur

Ce fichier recense l'ensemble des infractions au code de la route verbalisées par les forces de l'ordre (police nationale, Préfecture de police de Paris et gendarmerie nationale) et détaillées suivant les infractions relatives à la limitation de vitesse, les contrôles spécifiques (casques, ceintures, feux rouges, stops...) et les résultats de l'alcoolémie et de l'usage de stupéfiants au volant. Chaque année, un bilan de ces informations est effectué et mis à disposition du grand public sur le site internet du ministère de l'Intérieur.

Pour en savoir plus

Direction de la modernisation et de l'action territoriale, *Le comportement des usagers de la route – Bilan statistique de l'année 2011*, Paris, Ministère de l'Intérieur, 2012, 42 p.

Fichier national des accidents corporels de la circulation routière

Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR)

Le fichier regroupe les informations recueillies par les forces de l'ordre sur tous les accidents corporels survenant en France. Ces éléments sont consignés par le service de police ou de gendarmerie compétent (selon le lieu de survenue de l'accident) dans un BAAC (Bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation), organisé en quatre grands chapitres : caractéristiques de l'accident, du lieu de l'accident, des véhicules et des usagers impliqués (y compris les résultats de leur alcoolémie et/ou du test de dépistages de stupéfiants). Les BAAC sont centralisés puis transmis à l'ONISR qui constitue ainsi le fichier national des accidents corporels de la circulation routière et en assure la gestion, la qualité et l'exploitation.

Pour en savoir plus

Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), *La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2011*, Paris, La Documentation française, 2013, 698 p.

HBSC : Enquête Health Behaviour in School-aged Children

Université d'Edinburgh (CAHRU) pour le réseau HBSC / Service médical du rectorat de l'académie de Toulouse pour l'enquête en France / Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

L'enquête internationale HBSC est réalisée tous les 4 ans depuis 1982, sous l'égide du bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Actuellement, plus de 41 pays ou régions, essentiellement européens, y participent et collectent des données sur la santé des élèves âgés de 11, 13 et 15 ans avec une méthodologie standardisée. L'étude est auto-administrée, strictement anonyme et menée en classe sous la surveillance d'un enquêteur spécialement formé. La France y participe depuis 1994 : l'échantillon, initialement limité aux régions Midi-Pyrénées et Lorraine, a été étendu au niveau national en 2002. En 2010, la France a choisi d'obtenir un échantillon d'élèves représentatif à la fois des jeunes de 11, 13 et 15 ans, mais également de l'ensemble des collégiens selon les différents niveaux scolaires. Ainsi, 11 754 élèves scolarisés en France métropolitaine, du CM2 à la première année de lycée, dans des établissements publics ou privés sous contrat avec l'Éducation nationale, ont été interrogés. Au final, 11 638 questionnaires ont été analysés.

Pour en savoir plus

Spilka S., Le Nézet O., Beck F., Ehlinger V. et Godeau E., « Alcool, tabac et cannabis durant les "années collège" », *Tendances*, n°80, 2012, 6 pages.

Infocentre Nouvelle chaîne pénale

Ministère de la Justice

Depuis 2000, le ministère de la Justice a mis en place le dispositif statistique de l'Infocentre Nouvelle chaîne pénale, qui décrit l'activité des parquets situés dans les cours d'appel de Paris et Versailles (qui traitent environ 25 % du contentieux national d'usage de stupéfiants). Il dénombre le volume d'affaires présentées aux parquets (contraventions de 5e classe, délits et crimes) et les orientations proposées (poursuites, composition pénale, procédures alternatives, classements sans suite). Ces informations permettent de connaître l'orientation donnée aux affaires pénales parmi lesquelles celles relatives aux stupéfiants, détaillées par infraction. À terme, l'application statistique Cassiopée, déployée progressivement dans l'ensemble des juridictions, devrait permettre de disposer de ces mêmes informations au niveau national.

Pour en savoir plus

données non publiées

Médic'AM : remboursements de médicaments par l'Assurance maladie

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Cette base de l'Assurance maladie centralise les données détaillées sur les remboursements de médicaments (régime général, hors sections locales mutualistes, au niveau métropolitain). Elles portent uniquement sur

les soins de ville, excluant les médicaments délivrés à des patients hospitalisés. Pour chaque médicament identifié par son code identifiant de présentation (CIP), les informations accessibles sont les suivantes : la base de remboursement, le nombre de boîtes remboursées, la base de remboursement des prescripteurs de ville et celle des autres prescripteurs.

Pour en savoir plus

http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medicament/medic-am-2008-2011.php [accédé le 11 avril 2013]

NEMO : Estimation nationale du nombre d'usagers problématiques de drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

La méthode « capture-recapture » permet de disposer d'estimations locales du nombre d'usagers problématiques de drogues dans plusieurs villes de France. Ces prévalences locales sont ensuite utilisées pour réaliser une extrapolation au niveau national. L'OFDT obtient ainsi une estimation du nombre d'usagers problématiques de drogues en France en rapportant le nombre connu des consommateurs pris en charge par le système de soins français à la proportion estimée localement. Cette méthode « multiplicateur/référence » est également appliquée au nombre d'usagers problématiques de drogues enregistrés par les services de police. Une dernière méthode est utilisée : celle des indicateurs multiples. Il s'agit de réaliser une régression multiple à l'aide des estimations locales et d'une série de facteurs explicatifs indirects et d'utiliser ensuite les valeurs nationales de ces mêmes indicateurs indirects pour prédire le nombre d'usagers problématiques de drogues sur l'ensemble du pays.

Pour en savoir plus

Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Le nombre d'usagers problématiques de drogues en France en 2011*, Saint-Denis, OFDT, à paraître.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) Bulletin statistique et Early Warning System

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)

L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a pour mission d'apporter des informations objectives, fiables et comparables au niveau européen sur le phénomène des drogues et leurs conséquences. À ce titre, l'agence de l'Union européenne coordonne un réseau de 30 points focaux, situés dans chacun des États membres (l'OFDT pour la France). Ces points focaux transmettent chaque année des données actualisées provenant des divers systèmes d'observation dans leur propre pays. Les informations statistiques, documentaires et techniques centralisées par l'OEDT fournissent ainsi une image d'ensemble sur le phénomène en Europe. Le Bulletin statistique est édité annuellement par l'OEDT et mis en ligne sur son site Internet. Il permet d'accéder aux données statistiques les plus récentes concernant la situation en Europe. Il est divisé en grandes catégories, correspondant aux indicateurs les plus harmonisés, comme les décès par surdoses et les prévalences de consommation. Le système d'alerte précoce (Early Warning System) est un réseau qui assure la centralisation et la retransmission par l'OEDT des informations en provenance des points focaux sur les nouvelles substances psychoactives.

Chaque État membre doit en effet être en mesure de transmettre toute information sur ces substances (décision du Conseil de l'Europe 2005/387/JHA).

Pour en savoir plus

OEDT, *Rapport annuel 2012 : état du phénomène de la drogue en Europe,* Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2012, 111 pages.

OPPIDUM : Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse

Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)

Le programme OPPIDUM est un système de surveillance épidémiologique de l'évolution de la consommation des stupéfiants et des psychotropes (produits illicites ou médicaments détournés de leur usage) organisé sous la forme d'une enquête multicentrique annuelle auprès des structures d'accueil et de soins aux usagers de drogues. Elle est réalisée au niveau national depuis 1995, et placée sous la responsabilité du réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP). Le protocole prévoit l'inclusion de tout patient dépendant ou abusant de substances psychoactives ou sous traitement de substitution se présentant au cours du mois d'octobre dans les structures prenant en charge des usagers. Les informations recueillies portent sur les caractéristiques des individus. En 2011, 137 centres ont participé à l'enquête, essentiellement des CSAPA en ambulatoire (61 %) mais également plusieurs unités de consultation, de soins en milieu carcéral et des CAARUD. L'enquête a inclus 5 189 patients dans 55 départements et collectivités français.

Pour en savoir plus

CEIP de Marseille, *OPPIDUM, Principaux résultats de l'enquête 23 (3-30 octobre 2011)*, Saint-Denis, ANSM, 2012.

OSIAP : Ordonnances suspectes indicateurs d'abus et de pharmacodépendance

Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP)

OSIAP est un système de recueil permettant d'identifier les médicaments détournés à partir d'ordonnances suspectes (modification de la posologie, ajout d'un médicament, falsification, etc.) présentées en pharmacie d'officine et d'établir un classement des plus détournés par rapport aux chiffres de ventes. Depuis 2001, une collecte exhaustive se déroule chaque année en mai et novembre auprès des pharmacies d'officine des réseaux des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP). Chaque ordonnance suspecte donne lieu au recueil de la spécialité en cause, du critère de suspicion et des caractéristiques démographiques du demandeur (âge et sexe). En mai 2011, 856 des 2 553 pharmacies sollicitées ont participé à l'enquête, soit un taux de réponse de 33,5 % ; en novembre 2011, elles ont été 635 sur les 2 527 sollicitées, soit 25 %. Parmi elles, 11,6 % ont identifié au moins une ordonnance suspecte en mai 2011 et 14,6 % en novembre. Les médicaments les plus détournés étaient le zolpidem (Stilnox® ou génériques), le clonazépam (Rivotril®) et le bromazépam (Lexomil® ou génériques).

Pour en savoir plus

CEIP de Toulouse, *OSIAP, Résultats de l'enquête 2011*, Saint-Denis, ANSM, 2012.

OSIRIS : Outil statistique d'information et de recherche sur les infractions sur les stupéfiants

Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants (OCRTIS)

Toutes les procédures d'infraction à la législation sur les stupéfiants établies par les services de police, de gendarmerie et de douanes sur le territoire national (départements d'outre-mer compris) sont enregistrées dans le fichier OSIRIS. Il contient les informations relatives aux interpellations (détaillées en usage simple, usage-revente, trafic local et trafic international) et aux saisies. Néanmoins, les faits les moins graves d'usage de stupéfiants et ceux qui se règlent par une transaction douanière ne sont pas toujours renseignés. Le produit mentionné est la « drogue dominante », c'est-à-dire celle principalement consommée par l'usager ou détenue en plus grande quantité par le trafiquant. Lorsque cette règle ne peut pas s'appliquer, c'est la substance la plus « dure » (héroïne avant cocaïne, cocaïne avant cannabis, etc.) qui est retenue.

Pour en savoir plus

OCRTIS, Données 2011 et 2012, non publiées

PMSI : Programme de médicalisation du système d'information

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Depuis la loi du 31 juillet 1991, les établissements de santé, publics et privés, doivent procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité médicale, une obligation à laquelle répond le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Cette analyse est fondée sur le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico-administrative minimale et standardisée, contenue dans le résumé de sortie standardisé (RSS). Sur chaque RSS est mentionné un diagnostic principal et éventuellement des diagnostics associés, codés selon la 10e Classification internationale des maladies (CIM 10). Les règles d'attribution d'un diagnostic principal à un séjour ne favorisent pas la connaissance de l'origine de la pathologie ayant entraîné le séjour, mais l'identification de la pathologie la plus coûteuse au cours du séjour. En dépit de ces limites, l'origine des pathologies caractéristiques (exemple : cirrhose avec l'alcool) est le plus souvent précisée dans le diagnostic. Ces données peuvent donc constituer des indicateurs de l'évolution des recours aux soins hospitaliers liés à certains produits.

Pour en savoir plus

http://www.atih.sante.fr

Prévacar

Direction générale de la santé (DGS) / Institut de veille sanitaire (InVS)

Menée en juin 2010, l'enquête Prévacar a pour objet de mesurer la prévalence des infections par le VIH et le VHC ainsi que la proportion de personnes sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) en milieu carcéral. Elle comporte aussi un volet sur l'offre de soins dans les établissements pénitentiaires : organisation et pratiques de dépistage, prise en charge des personnes infectées par le VIH et/ou les hépatites, accès aux TSO et à la réduction des risques. Pour le volet « prévalence », les données ont été recueillies par questionnaire anonyme rempli par le médecin

responsable. Pour le volet « offre de soins », un questionnaire comprenant 35 items a été envoyé à l'ensemble des 168 unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) : 145 d'entre elles l'ont renvoyé à la DGS, soit un taux de réponse de 86 %, représentant plus de 56 000 personnes détenues, soit 92 % de la population incarcérée au 1er juillet 2010. Les limites de l'enquête résident dans le mode déclaratif du recueil et le fait que le médecin responsable de l'UCSA ne disposait pas forcément de l'ensemble des informations, mais le taux de réponse assure un bon niveau de fiabilité des résultats.

Pour en savoir plus

Direction générale de la santé, *Enquête Prévacar - Volet offre de soins - VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral*, Paris, DGS, 2011, 88 pages.

Rapports d'activité des CSAPA

Direction générale de la santé (DGS) / Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Depuis 1998, les CSST puis les CSAPA (qui leur ont succédé) remplissent chaque année un rapport d'activité type qui est envoyé à l'Agence régionale de santé (ARS). Ces rapports sont ensuite adressés à la DGS qui en assure l'exploitation avec l'aide de l'OFDT. L'objectif est de suivre l'activité des structures ainsi que le nombre et les caractéristiques des personnes accueillies. Les données épidémiologiques ne sont pas recueillies patient par patient mais pour l'ensemble des individus reçus dans la structure. Pour 2010, les rapports de 348 CSAPA ambulatoires et 10 CSAPA en milieu pénitentiaire ont pu être intégrés dans la base, ce qui correspond à des taux de réponse respectifs de 83 % et 67 %. Les files actives présentées dans cet ouvrage reposent sur une extrapolation à partir des données déclarées par les CSAPA ambulatoires qui ont transmis un rapport d'activité.

Pour en savoir plus

Palle C., *Rapports d'activité des CSAPA*, Saint-Denis, OFDT, à paraître.

RECAP : Recueil commun sur les addictions et les prises en charge

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Mis en place en 2005, ce dispositif permet de recueillir en continu des informations sur les personnes accueillies dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Au mois d'avril, chaque centre envoie les résultats de l'année précédente à l'OFDT qui en assure l'analyse. Les données recueillies sont relatives au patient, à la prise en charge actuelle, aux traitements suivis par ailleurs, aux consommations (produits consommés et produit à l'origine de la prise en charge) et à la santé du patient. Le noyau commun de questions permet une harmonisation du recueil de données au niveau national, afin de répondre aux exigences du protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement.

En 2011, environ 96 000 patients vus dans 160 CSAPA (ex-CSST) ambulatoires distincts (soit un taux de couverture de 75 %), 18 centres thérapeutiques résidentiels (c'est-à-dire quasiment la moitié) et 11 CSAPA en

milieu pénitentiaire (soit 69 % de ces centres) ont été inclus dans l'enquête. Comme en 2010, les données sur les CSAPA (ex-CCAA) sont exceptionnellement partielles en 2011.

Pour en savoir plus

http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap.html

Registre des cancers

Association des registres français des cancers (FRANCIM)

L'enregistrement de l'incidence des cancers en France (nombre de nouveaux cas, rapporté à la population) repose sur des registres départementaux, regroupés au sein du réseau FRANCIM, créé en 1997. Ce dernier a constitué en 1999 une base de données commune, qui rassemble toutes les informations sur l'incidence et la survie collectées par les registres depuis leur création. Les registres des cancers assurent l'enregistrement exhaustif des nouveaux cas de cancers dans une zone géographique délimitée (en général le département). En 2009, le réseau repose sur 22 registres : 12 registres généraux métropolitains couvrant 14 départements et environ 20 % de la population, ainsi que le registre de Lille et sa banlieue ; 2 registres généraux ultra-marins (Martinique et Guyane) ; et 8 registres spécialisés dans certaines localisations de cancer. Cette base n'est pas représentative des taux d'incidence français, les régions fortement touchées par le cancer y étant surreprésentées. Le calcul de taux d'incidence au plan national passe donc par des modélisations des rapports incidence/mortalité (la mortalité étant disponible pour la France entière).

Pour en savoir plus

Belot A., Velten M., Grosclaude P., Bossard N., Launoy G., Remontet L., Benhamou E., Chérié-Challine L. et al., *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005*, Saint-Maurice, InVS, 2008, 136 pages.

Registre national des causes de décès

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

Le service CépiDc de l'INSERM enregistre, depuis 1968, la totalité des décès constatés sur le territoire français. Les informations sur les causes de ces décès proviennent du certificat de décès (papier ou électronique depuis 2007) rempli par le médecin lorsqu'il constate le décès. Elles sont codées par l'INSERM d'après la 10e révision de la Classification internationale des maladies (CIM 10). Ce dispositif permet d'établir annuellement la statistique nationale sur les causes médicales de décès, en collaboration avec l'INSEE qui gère le Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) reprenant l'ensemble des informations issues de l'état civil.

Dans certains cas, les informations relatives aux causes de décès qui font l'objet d'une investigation médico-légale ne sont pas toujours transmises à l'INSERM. Ces décès restent classés en cause inconnue, ce qui induit dans la statistique une sous-représentation de certaines causes (en particulier les morts violentes et les décès par surdose).

Pour en savoir plus

http://www.cepidc.inserm.fr/site4/

RELIONPREDIL : Recueil électronique d'indicateurs pour l'observation nationale des actions de prévention liée aux drogues illicites et licites

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'enquête RELIONPREDIL vise à décrire les principales caractéristiques des actions de prévention liées aux usages de drogues licites ou illicites menées au niveau local. Elle ne concerne pas les activités de formation, d'accueil, d'écoute ou de consultations de structures spécialisées. L'enquête porte sur les actions qui s'adressent directement à un public, en population générale ou au sein d'un groupe à risque, chez qui l'on souhaite éviter la survenue ou la répétition des consommations dommageables.

L'enquête RELIONPREDIL sur les actions menées entre janvier et décembre 2010 a été conduite en région Rhône-Alpes, du 3 janvier au 15 mars 2011. Les 112 réponses recueillies décrivent au total 487 actions menées dans autant de lieux distincts. Les taux de réponse modestes de la part de certaines catégories de répondants, notamment les établissements scolaires et les associations spécialisées, expliquent un taux de réponse global de 17 %. Ils ne permettent pas de trancher sur la significativité des résultats relevés pour ces catégories au regard de la situation régionale.

Pour en savoir plus

http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/relion.html

Saisies de tabac : Saisies de tabac par les services des douanes

Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI)

Dans son activité de lutte contre la fraude, la Douane réalise des saisies de cigarettes et des autres produits du tabac introduits illégalement sur le territoire (contrebande, achats transfrontaliers au-delà du seuil maximal autorisé et achats sur Internet) et, plus rarement, de produits du tabac de contrefaçon. Ces chiffres sont une mesure exhaustive de l'activité de contrôle de la douane, mais ne reflètent pas l'ampleur du marché illicite de tabac en France. Seule une partie des produits introduits illégalement sur le territoire national sont effectivement appréhendés par les services douaniers, et aucune estimation de cette part n'a été réalisée.

Pour en savoir plus

Direction générale des douanes et droits indirects, *Bilan annuel 2012 de la Douane*, Paris, Ministère de l'économie et des finances, 2013, 6 pages.

SAM : Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière

Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux (IFSTTAR) / Ceesar / Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) / Lab PSA Peugeot-Citroën-Renault / Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette étude a bénéficié des informations recueillies dans le cadre de la loi du 18 juin 1999 instaurant un dépistage de stupéfiants systématique en cas d'accidents aux conséquences immédiatement mortelles, survenus entre octobre 2001 et septembre 2003. Chaque conducteur était alors soumis, outre l'éthylotest obligatoire pour l'alcoolémie, à un dépistage urinaire (pour détecter du cannabis, des amphétamines, des opiacés ou de la cocaïne), suivi de (ou, en cas d'impossibilité ou de refus, remplacé par) une prise de sang pour confirmation.

Le volet épidémiologique de l'étude SAM a reposé sur l'analyse de 10 748 conducteurs (impliqués dans 7 458 accidents) dont les niveaux de stupéfiants et d'alcool étaient connus. Une étude de type cas-témoins a ensuite été menée comparant 6 766 conducteurs considérés comme responsables de leur accident (cas) à une sélection de 3006 conducteurs (témoins) parmi les 3 982 non-responsables (les conducteurs non-responsables mais seuls décédés dans l'accident sont exclus du fait que les conducteurs sous l'emprise de stupéfiants, même non-responsables, sont plus vulnérables). La prévalence des conducteurs positifs (à l'alcool, au cannabis et aux autres stupéfiants) dans la population des conducteurs circulants est estimée par standardisation des témoins sur l'ensemble des conducteurs non-responsables impliqués dans un accident corporel léger.

Pour en savoir plus

Laumon B., Gadegbeku B., Martin J.L. et Groupe SAM, *Stupéfiants et accidents mortels (Projet SAM). Analyse épidémiologique*, Saint-Denis, OFDT, 2011, 166 pages.

Score-santé

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS)

Le site commun d'observation régionale en santé réunitdes indicateurs de santé disponibles aux niveaux régional et départemental, répartis en sept grands thèmes (population et conditions de vie, état de santé des populations, pathologies, comportements, environnement, structures et activités de soin, et structures et activités de prévention), eux-mêmes divisés en thèmes et sous-thèmes à l'intérieur desquels se trouvent les indicateurs.

La FNORS est chargée de la maintenance et de l'évolution du site et s'appuie pour cela sur les compétences du réseau des ORS en France (professionnels de santé publique) et sur les experts des domaines concernés (représentants des organismes producteurs des données, développeurs informatiques), ce qui permet une cohérence nationale du travail, assortie d'une validation des informations dans toutes les régions.

Pour en savoir plus

www.scoresante.org/

SIAMOIS : Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution

Institut de veille sanitaire (InVS)

Le Système d'information sur l'accessibilité au matériel officinal d'injection et à la substitution a été conçu en 1996 pour suivre les tendances en matière d'accès au matériel d'injection stérile disponible dans les pharmacies et aux médicaments de substitution (MSO). Ces données sont transmises par le Groupement pour la réalisation et l'élaboration d'études statistiques (GERS). Elles sont recueillies au niveau de 509 unités géographiques d'analyse qui permettent un regroupement aux niveaux régional et départemental mais difficilement à un niveau plus fin. Ce dispositif participe, avec les

données de remboursement issues de l'Assurance maladie, à l'estimation du nombre d'usagers de drogues sous MSO.

Pour en savoir plus

Emmanuelli J., *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques - SIAMOIS : description, analyse et mise en perspective des données de ventes officinales de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999 (2 tomes)*, Saint-Maurice, InVS, 2000, 55 et 93 pages.

SINTES Veille : Système d'identification national des toxiques et substances

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Le dispositif SINTES est un recueil de données qui vise à documenter la composition toxicologique de produits illicites circulant en France. Les informations alimentant ce dispositif proviennent de deux sources :

- la transmission à l'OFDT de résultats d'analyses toxicologiques réalisées sur les saisies par les laboratoires des services répressifs (Institut national de police scientifique, Institut de recherche criminelle de la Gendarmerie nationale et laboratoires des douanes) ;
- la conduite par l'OFDT d'investigations basées sur le recueil d'échantillons de produits directement auprès des usagers. Ces collectes de produits sont régies par un cadre réglementaire strict et réalisées par des enquêteurs spécifiquement formés.

Pour en savoir plus

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M. et Lahaie E., « Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011) », *Tendances*, n°78, 2012, 6 pages.

SINTES Observation héroïne

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

En 2007-2008, une enquête SINTES Observation orientée spécifiquement sur l'héroïne a permis d'analyser 369 échantillons collectés auprès d'usagers, qui ont par ailleurs été vus lors d'un court entretien. La collecte, qui s'est déroulée de mars 2007 à juin 2008, répondait à un cadre réglementaire strict et a été réalisée par des enquêteurs spécialement formés. Les objectifs de cette étude ont été de renseigner la composition de l'héroïne présente sur le marché (de rue, à un stade où elle ne sera plus coupée) à cette période, de contrôler le niveau de connaissances des usagers sur le contenu de l'héroïne et d'établir le contexte d'usage et les éventuels effets secondaires indésirables. Les analyses toxicologiques menées sur les 369 échantillons se sont concentrées sur les substances pharmacologiquement actives. La perception par les usagers de la qualité et de la pureté de l'héroïne consommée a ensuite été comparée au résultat de l'analyse pour chaque échantillon.

Pour en savoir plus

Lahaie E., Cadet-Taïrou A. et Janssen E., *Composition de l'héroïne et connaissance des usagers. Résultats de l'enquête SINTES Observation (mars 2007 à juin 2008)*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 36 pages.

SINTES Observation produits de synthèse

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

En 2008-2009, une enquête SINTES Observation orientée spécifiquement sur les produits de synthèse a permis d'analyser 425 échantillons collectés auprès d'usagers, qui ont par ailleurs été vus lors d'un court entretien. La collecte, qui s'est déroulée de novembre 2008 à décembre 2009, répondait à un cadre réglementaire strict et a été réalisée par 80 enquêteurs-collecteurs spécialement formés. L'objectif principal était de décrire la composition des produits en fonction de leur appellation, c'est-à-dire ce que les usagers pensent avoir consommé. Les autres objectifs sont pour toutes les enquêtes SINTES Observation : de connaître la composition des produits, les effets recherchés et ressentis, le mode d'administration, et décrire les produits de coupe actifs. Le produit collecté devait être présenté comme de la MDMA (sous toutes ses formes), de l'amphétamine, de la kétamine ou tout autre stimulant de synthèse dit « courant ». Les deux produits les plus collectés ont été la MDMA (43 % des collectes) et l'amphétamine (34 %).

Pour en savoir plus

Lahaie E., *Enquête SINTES 2009 sur la composition des produits de synthèse*, Saint-Denis, OFDT, 2011, 47 pages.

Statistiques des ivresses publiques et manifestes

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) d'après les données de : Direction centrale de la sécurité publique, Préfecture de police de Paris et Direction générale de la gendarmerie nationale

L'ivresse publique et manifeste est une contravention de la 2e classe réprimée par l'article R3353-1 du code de santé publique. Le mode de comptage de l'infraction est différent selon l'organisme qui la constate :

- gendarmerie nationale : nombre d'infractions commises après dégrisement et audition de la personne ;
- police nationale : nombre d'interventions de police secours ayant pour motif l'ivresse publique et manifeste, pouvant ou non aboutir à l'établissement d'un procès-verbal ;
- préfecture de police de Paris : nombre de contraventions dressées après complet dégrisement de la personne et dépistage de l'imprégnation alcoolique. Les cas ne donnant pas lieu à procès-verbal d'infraction ne sont pas comptabilisés.

Ces trois sources sont rassemblées par l'OFDT pour avoir une estimation nationale du nombre d'infractions pour ivresse publique et manifeste.

Pour en savoir plus

http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00035.xhtml

Système de notification obligatoire des cas aigus d'hépatite B

Institut de veille sanitaire (InVS)

Une notification obligatoire des cas aigus d'hépatite B a été mise en place en mars 2003. Comme pour le VIH et le sida, l'anonymisation des individus est initiée dès le premier stade par un biologiste. Ce dernier notifie toute hépatite B dont il suspecte le caractère aigu au médecin prescripteur, qui

en cas d'antécédent d'hépatite B chronique connu, transmet la fiche de notification au médecin inspecteur de l'Agence régionale de santé (ARS).
Les données recueillies permettent de décrire le profil épidémiologique des personnes touchées et d'estimer l'incidence et son évolution en France. Pour cela, les données issues de la notification sont corrigées de la sous-déclaration, estimée à 75 % en 2005 (une nouvelle estimation de cette sous-déclaration devrait être bientôt disponible pour l'année 2010). Elles permettent aussi d'évaluer l'impact de la politique de prévention en mesurant la circulation du virus de l'hépatite B.

Pour en savoir plus

Institut de veille sanitaire (InVS), Infection aigue symptomatique par le virus de l'hépatite B. http://www.invs.sante.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatites-virales/Hepatite-B/Infection-aigue-symptomatique-par-le-virus-de-l-hepatite-B [accédé le 11 avril 2013].

Système de notification obligatoire des infections à VIH et du sida

Institut de veille sanitaire (InVS)

La notification des nouveaux cas de sida est obligatoire depuis 1986. La notification obligatoire des nouveaux diagnostics d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (séropositivité VIH) a été mise en place en 2003.
Les données relatives au VIH sont la réunion des informations biologiques en provenance des laboratoires et des informations épidémiologiques et cliniques en provenance des médecins prescripteurs. Les notifications du sida sont transmises par les seuls médecins. Depuis 2003, environ 2 500 biologistes et 16 000 cliniciens ont participé à la notification obligatoire du VIH et/ou du sida. Une surveillance virologique (test Elisa basé sur la détection d'anticorps spécifiques) est opérée en parallèle par le Centre national de référence du VIH. Ces informations, totalement anonymes, sont adressées à l'Agence régionale de santé (ARS) puis transmises à l'InVS. La création du code d'anonymat se fait au premier stade de la notification (au niveau du laboratoire ou du médecin).

Pour en savoir plus

Institut de veille sanitaire (InVS), *Infection à VIH et sida en France (base de données VIH)*. http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm [accédé le 11 avril 2013].

Tableau de bord mensuel Tabac

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) d'après les données de : Altadis distribution, Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI), Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS), Laboratoire Santé publique et informatique médicale (SPIM) de la Faculté de médecine Broussais/Hôtel Dieu, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Depuis avril 2004, l'OFDT réunit chaque mois plusieurs indicateurs clés sur le tabac. Ce tableau de bord tabac permet de suivre l'évolution (d'une partie) du phénomène du tabagisme en France, en complément des enquêtes ou autres statistiques produites dans le domaine. Ce récapitulatif intègre :

- les ventes de cigarettes et de tabac à rouler : les données provenant d'Altadis distribution mesurent l'approvisionnement des buralistes mais comme ces derniers font peu de stock, elles sont proches des ventes réalisées. Le calcul effectué par Altadis distribution, et repris par l'OFDT, pour estimer la quantité totale de tabac distribuée en France est discuté car il dépend du poids moyen retenu pour une cigarette, un gramme, ce qui est probablement un peu surestimé. De ce fait, les estimations du volume total de tabac vendu peuvent varier ;
- les ventes de traitements pour l'arrêt du tabac : le GERS centralise des données de ventes de médicaments en provenance des grossistes-répartiteurs. Ces chiffres mesurent donc les livraisons des pharmacies et non les ventes directes aux particuliers. Environ 170 références de produits de la désintoxication tabagique sont en vente en France en 2013. Les données utilisées dans cet ouvrage sont regroupées en cinq catégories : timbres transdermiques (patchs), formes orales (gommes ou comprimés), inhaleurs, Champix® et Zyban® ;
- l'activité des consultations de tabacologie : le dispositif Consultations de dépendance tabagique (CDT) s'appuie sur les dossiers standardisés remplis pour chaque fumeur qui souhaite arrêter de fumer. Le système CDTNet repose sur l'informatisation de ces dossiers dans environ 115 consultations de tabacologie, en majorité hospitalières. En 2012, plus de 21 000 dossiers ont été enregistrés sur le site Internet du dispositif (géré par le laboratoire SPIM).
- les appels et les visites sur le site internet de Tabac info service (TIS) : ce dispositif, porté par l'INPES, est destiné à apporter des informations, des conseils et/ou une aide à l'arrêt du tabac aux fumeurs, à leur entourage ainsi qu'aux professionnels de santé. La ligne téléphonique existe depuis 1998. En 2002, les missions de TIS ont évolué pour intégrer l'aide à l'arrêt du tabac. Ainsi, un deuxième niveau de réponse, basé sur des tabacologues, a été créé pour assurer un conseil et un suivi personnalisés aux fumeurs souhaitant réduire ou arrêter leur consommation de tabac.

Au 1er trimestre, un bilan de l'année écoulée est rédigé et publié sur le site internet de l'OFDT : il met en perspective le marché du tabac et celui des traitements pour l'arrêt ainsi que l'activité des consultations de tabacologie.

Pour en savoir plus

Lermenier A., *Tableau de bord tabac. Bilan 2012*, Saint-Denis, OFDT, 2013, 6 pages.

http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/tabtabac.html

TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'objectif du dispositif TREND, mis en place en 1999, est d'apporter des éléments de connaissance sur les usages et les usagers de drogues illicites ainsi que sur les phénomènes émergents. Ces derniers recouvrent soit des phénomènes nouveaux soit des phénomènes existants mais non encore détectés par les systèmes d'observation en place. L'observation est menée sur deux espaces sociaux, dont le choix s'explique par la forte probabilité d'y rencontrer ces phénomènes, même s'ils ne sauraient épuiser à eux seuls la réalité de l'usage de drogues en France :

- l'espace urbain, tel que défini par TREND, recouvre essentiellement les centres d'accueil et d'aide à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) et les lieux ouverts (rue, squats, etc.). La plupart des personnes observées dans ce cadre sont des usagers problématiques dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité ;
- l'espace festif techno désigne les lieux où se déroulent des événements organisés autour de ce courant musical. Il comprend l'espace techno dit « alternatif » (free parties, teknivals, etc.) mais aussi les clubs, discothèques ou soirées privées à l'occasion de leurs soirées « techno ».

Le dispositif s'appuie sur un ensemble de données, analysé par les sept coordinations locales (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse) à l'origine de rapports de sites, puis faisant l'objet d'une mise en perspective au niveau national à partir :

- des outils qualitatifs de recueil continu mis en œuvre par le réseau des coordinations locales doté d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information ;
- des informations du dispositif SINTES, système d'observation basé sur l'étude de la composition toxicologique des produits illicites ;
- des enquêtes quantitatives récurrentes, en particulier auprès des usagers des CAARUD (ENaCAARUD) ;
- des résultats de systèmes d'informations partenaires ;
- des investigations thématiques quantitatives et qualitatives destinées à approfondir un sujet.

Pour en savoir plus

Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E., « Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011) », *Tendances*, n°78, 2012, 6 pages.
http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/trendsintes.html

TREND : Enquête « Les « habitués du cannabis » : enquête qualitative auprès des usagers réguliers

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) / Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS)

À partir d'entretiens en face-à-face avec 70 usagers réguliers de cannabis en 2005, cette enquête propose une description et une analyse des pratiques et des conséquences de l'usage régulier selon le discours des usagers eux-mêmes. Son objectif est de mieux comprendre la place de ce produit dans leur vie quotidienne, en se focalisant particulièrement sur les motivations de l'usage, les carrières de consommation, les stratégies de gestion de l'usage qui permettent de concilier la pratique avec leurs contraintes personnelles et sociales et leur perception des conséquences sociales et sanitaires de la pratique. Ce travail donne à voir une minimisation des risques sociaux et psychologiques de l'usage et dans le même temps une inquiétude non négligeable vis-à-vis des conséquences somatiques, comme les risques pulmonaires et respiratoires.

Pour en savoir plus

Reynaud-Maurupt C., *Les habitués du cannabis » : une enquête qualitative auprès des usagers réguliers*, Saint-Denis, OFDT, 2009, 313 pages.

TREND : Enquête « Quanti festif » : enquête sur les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « musiques électroniques »

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette étude des pratiques et des opinions liées aux substances psychoactives chez les personnes qui fréquentent l'espace festif « musiques électroniques » a été réalisée en 2004 et 2005 dans le cadre du dispositif TREND. Ce travail apporte pour la première fois en France des éléments quantitatifs représentatifs des usages dans cette population ainsi qu'une visibilité inédite sur les différents groupes sociaux qui la constituent. L'étude permet de décrire leurs usages de substances psychoactives (plus particulièrement la cocaïne et l'ecstasy), leurs opinions sur ces substances ainsi que leurs conduites à risque. La première étape a consisté à réaliser une cartographie quantifiée de l'espace festif « musiques électroniques » dans chacune des villes participant à l'étude (Toulouse, Nice, Rennes, Bordeaux et Metz) à partir de données qualitatives (observations sur site et entretiens avec les responsables des lieux festifs). Cette cartographie a ensuite été utilisée comme base pour construire un plan de sondage assurant une bonne représentativité. La deuxième étape a permis de recueillir 1 496 questionnaires exploités.

Pour en savoir plus

Reynaud-Maurupt C., Chaker S., Claverie O., Monzel M., Moreau C., Évrard I. et Cadet-Taïrou A., *Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif "musiques électroniques"*, Saint-Denis, OFDT, 2007, 143 pages.

TREND : Étude « Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers cachés »

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'étude qualitative sur les « carrières de consommation de cocaïne chez les usagers cachés » permet de caractériser les consommateurs qui ne sont familiers ni du système répressif ni du système sanitaire. Ce rapport repose sur 50 entretiens conduits auprès de consommateurs « cachés » en 2006 et 2007 dans 8 grandes agglomérations françaises. Des « carrières type » de consommation ont pu être reconstituées, de l'expérimentation du produit aux phases éventuelles de consommation les plus compulsives. En parallèle, l'étude se penche sur le point de vue de ces usagers : leurs perceptions des risques liés à leurs consommations, leurs stratégies pour contrôler et limiter leurs usages et leurs éventuels besoins et recours à des aides.

Pour en savoir plus

Reynaud-Maurupt C. et Hoareau E., *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés »*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 273 pages.

TREND : Usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes

Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS) / Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Cette étude qualitative exploratoire repose sur 30 entretiens semi-directifs approfondis, recueillis en 2004-2005 à Bordeaux, Lyon, Marseille, Nice, Rennes et Toulouse. L'objectif était de comprendre les motivations des

personnes ayant recours aux plantes et aux champignons hallucinogènes et de mieux cerner leurs profils alors que des observations de terrain témoignaient d'un usage de ces produits en expansion et se diversifiant. Les conclusions font apparaître une opposition entre drogues synthétiques et naturelles est moins prégnante qu'attendu. Par ailleurs, l'étude souligne l'importance d'Internet comme mode d'approvisionnement et pourvoyeur d'informations.

Pour en savoir plus

Reynaud-Maurupt C., *Usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes : Une enquête qualitative exploratoire conduite en France*, Saint-Denis, OFDT, 2006, 160 pages.

Ventes d'alcool : ventes en litres d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) d'après les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)

Les quantités d'alcool pur équivalentes au volume de boissons alcoolisées consommées par les personnes présentes sur le territoire français au cours de l'année sont calculées à partir des volumes de boissons soumis à taxation. Connaissant le montant des recettes fiscales et les taux de taxation par type de boissons alcoolisées, il est en effet possible de reconstituer la consommation taxée par type de boissons. Il faut ensuite appliquer les titrages moyens en alcool pour obtenir des quantités équivalentes d'alcool pur par catégorie de boissons. Ces données tiennent aussi compte des consommations non taxées d'alcool (par exemple autoconsommation des producteurs de vins). En revanche, les achats d'alcool sur le territoire français de non-résidents ne sont pas déduits de ces chiffres et ceux effectués par des Français à l'étranger ne sont pas intégrés dans le calcul.

Pour en savoir plus

http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00014.xhtml

Ventes de médicaments

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Tous les ans, les professionnels de chaque firme de l'industrie pharmaceutique sont tenus de déclarer leurs ventes de médicaments réalisées l'année précédente ainsi que leur chiffre d'affaires à l'ANSM. Il s'agit d'une statistique des sorties des industriels vers les grossistes répartiteurs de médicaments, en métropole et dans les départements d'outre-mer. Les ventes des médicaments destinés au milieu hospitalier sont distinguées de celles destinées aux officines de ville (du fait notamment de modes de conditionnement des produits très différents). Pour les médicaments psychotropes évoqués dans cet ouvrage (anxiolytiques/hypnotiques, antidépresseurs et neuroleptiques), les ventes aux hôpitaux sont très inférieures à celles aux officines et seules ces dernières sont retenues ici.

Pour en savoir plus

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, *Analyse des ventes de médicaments en France en 2011*, Saint-Denis, ANSM, 2012, 21 pages.

Sigles

2C-B	4-bromo-2,5-diméthoxyphénéthylamine
ADALIS	Addictions drogues alcool info service
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale de l'État
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
API	Alcoolisation ponctuelle importante
ARJEL	Autorité de régulation des jeux en ligne
ARS	Agence régionale de santé
ASSEDIC	Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
ATR	Appartement thérapeutique relais
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption
AVC	Accident vasculaire cérébral
BAAC	Bulletin d'analyse d'accident corporel de la circulation
BHD	Buprénorphine haut dosage
BO	Bulletin officiel
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
BZD	Benzodiazépine
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues
CAN	Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues
CAPTV	Centre antipoison et de toxicovigilance
CARSAT	Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CCJ	Comité consultatif des jeux
CCLAT	Convention-cadre pour la lutte antitabac
CCNE	Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé

CEA	Conduite en état alcoolique
CEIP	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CepiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CGI	Code général des impôts
CIM	Classification internationale des maladies
CIS	Centre d'injection supervisé
CJC	Consultation jeunes consommateurs
CJN	Casier judiciaire national
CMU	Couverture maladie universelle
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSC	Cannabis social club
CSP	Code de la santé publique
CSSRA	Centres de soins de suite et de réadaptation en alcoologie
CSST	Centre de soins spécialisés pour toxicomanes
CT	Communauté thérapeutique
CTSU	Clinical Trial Service Unit (Université d'Oxford)
DATIS	Drogues alcool tabac info service
DCPJ	Direction centrale de la police judiciaire
DGDDI	Direction générale des douanes et des droits indirects
DGLDT	Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie
DGS	Direction générale de la santé
DOM	Département d'outre-mer-
DOM-COM	Département d'outre-mer-Collectivité d'outre-mer
DRAMES	Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSN	Direction du service national
ELSA	Équipe de liaison et de soins en addictologie
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENaCAARUD	Enquête nationale auprès des usagers accueillis dans les CAARUD
EROPP	Enquête sur les représentations opinions et perceptions sur les produits psychotropes
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
ETP	Équivalent temps plein
FDJ	Française des jeux
FFA	Fédération française d'addictologie
FNAILS	Fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
FRAD	Formateur relais antidrogue
GBL	Gamma-butyrolactone
GHB	Gamma-hydroxybutyrate

HAS	Haute autorité de santé
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
IC	Intervalle de confiance
ICJE	Indice canadien du jeu excessif
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INPS	Institut national de police scientifique
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IPM	Ivresse publique et manifeste
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
ITT	Incapacité temporaire totale
JAPD	Journée d'appel de préparation à la défense (devenue JDC)
JDC	Journée défense et citoyenneté (ex JAPD)
JO(RF)	Journal officiel (de la République française)
LSD	Lysergic Saüre Diethylamide (terme allemand)
mCPP	Métachlorophénylpipérazine
MDMA	3,4-méthylènedioxyméthamphétamine
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MJENR	Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche
MNCPC	Mission nationale de contrôle des précurseurs chimiques
MSO	Médicament de substitution aux opiacés
NEMO	Nouvelle étude multicentrique de l'OFDT
NPS	Nouveaux produits de synthèse
OCRTIS	Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OICS	Organe international de contrôle des stupéfiants
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONISR	Observatoire national interministériel de la sécurité routière
ONUDC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime
ORS	Observatoire régional de la santé
OSIAP	Ordonnances suspectes, indicateur d'abus possible
OSIRIS	Outil et système d'informations relatives aux infractions sur les stupéfiants
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PFAD	Policier formateur antidrogue
PGR	Programme de gestion des risques
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PMU	Pari mutuel urbain
PRELUD	Enquête Première ligne usagers de drogues
PRSP	Programme régional de santé publique
RDR	Réduction des risques
RECAP	Recueil commun sur les addictions et les prises en charge

RELIONPREDIL	Recensement d'indicateurs pour l'observation nationale des actions de prévention liées aux usages de drogues illicites et licites
RSA	Revenu de solidarité active
SAF	Syndrome d'alcoolisation fœtale
SAM	Enquête Stupéfiants et accidents mortels de la route
SDF	Sans domicile fixe
SFA	Société française d'alcoologie
SIMCCA	Système d'information mensuel dans les « consultations cannabis »
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances
SIUMPPS	Services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé
SST	Service de santé au travail
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
THC	Delta9-tetrahydrocannabinol
TIS	Tabac Info Service
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues
TSO	Traitements de substitution aux opiacés
UDVI	Usager de drogues par voie intraveineuse
UE	Union européenne
VADS	Voies aérodigestives supérieures
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Bibliographie

1. ADÈS J.E., « Les ambivalences du discours médiatique », dans POUSSET M. (Dir.), *Cocaïne, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2012, pp. 167-172.

2. AFSSAPS, *Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac*, Saint-Denis, AFSSAPS, 2003, 154 pages.

3. AFSSAPS, *Point sur le suivi renforcé du Subutex (buprénorphine) et de ses génériques. Compte rendu de la 91ème réunion de la Commisson nationale des stupéfiants et des psychotropes du 17 février 2011*. http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b2fb75f473939d0e4f5cdf8c2c46d59f.pdf [accédé le 14/01/2013].

4. AFSSAPS, *État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France*, Saint-Denis, AFSSAPS, 2012, 46 pages.

5. AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH), *Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI)*. http://www.atih.sante.fr [accédé le 16/01/2013].

6. ALLIANCE CONTRE LE TABAC, *Changer la fiscalité du tabac. Un outil de santé publique*, Paris, Alliance contre le tabac, 2009, 6 pages.

7. ASSOCIATION PÉRINATALITÉ PRÉVENTION RECHERCHE ET INFORMATION (APPRI), *Conférence de consensus, Grossesse et tabac*, Lille, 7 et 8 octobre 2004, Lille, APPRI, 2004, 169 pages.

8. BARROW S.M., « Usage de drogues et comorbidités psychiatriques : synthèse des recherches américaines », *Politique et Société* (Document du GDR Psychotropes), Vol.3, n°25, 1999, pp. 1-80.

9. BECK F., GAUTIER A., GUIGNARD R. et RICHARD J.B., « Consommations de médicaments psychotropes en population générale. Données du baromètre santé », *Médicaments psychotropes. Consommations et pharmacodépendances. Expertise collective*, Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 2012, pp. 38-43.

10. BECK F. et GUIGNARD R., « Prévalence du tabagisme en France et comparaisons internationales », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°81, 2012, pp. 12-15.

11. BECK F., GUIGNARD R. et RICHARD J.B., *Atlas des comportements de santé en France*, Saint-Denis, INPES, à paraître.

12. BECK F., GUIGNARD R., RICHARD J.B., TOVAR M.L. et SPILKA S., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n°76, 2011, 6 pages.

13. BECK F., GUIGNARD R., RICHARD J.B., WILQUIN J.L. et PERETTI-WATEL P., *Premiers résultats du baromètre santé 2010. Evolutions récentes du tabagisme en France*, Saint-Denis, INPES, 2010, 13 pages.

14. BECK F., LEGLEYE S. et OBRADOVIC I., « De l'observation des usages à la mesure de l'usage problématique de cannabis. Éléments de comparaisons internationales », Numéro spécial *Toxibase-Crips* : « L'usage problématique de cannabis», n°12, 2004, pp. 8-18.

15. BECK F., LEGLEYE S. et PERETTI-WATTEL P., *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les produits psychotropes EROPP 2002*, Paris, OFDT, 2003, 227 pages.

16. BECK F., LEGLEYE S. et SPILKA S., « Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence : usages et évolutions récentes. ESCAPAD 2003 », *Tendances,* n°39, 2004, 4 pages.

17. BECK F., LEGLEYE S. et SPILKA S., *Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 251 pages.

18. BECK F., LEGLEYE S. et SPILKA S., « Cannabis, cocaïne, ecstasy : entre expérimentation et usage régulier », dans BECK F., GUILBERT P., et GAUTIER A. (Dir.), Baromètre santé 2005, Saint-Denis, INPES, coll. *Baromètres santé*, 2007, pp. 168-221.

19. BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., BRIFFAULT X., GAUTIER A., LAMBOY B., LEON C. et WILQUIN J.L., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n°48, 2006, 6 pages.

20. BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M. et GIRAUDON I., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001*. Rapport Trend 2002 (tome I), Paris, OFDT, 2002, 292 pages.

21. BELLO P.Y. et CADET-TAÏROU A., « Les mésusage de BHD, les traitements de substitution en France, résultats récents 2004 », *Tendances*, n°37, 2004, pp. 4-7.

22. BELLO P.Y., TOUFIK A., GANDILHON M. et ÉVRARD I., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004*. Sixième rapport national du dispositif TREND, Saint-Denis, OFDT, 2005, 176 pages.

23. BELOT A., VELTEN M., GROSCLAUDE P., BOSSARD N., LAUNOY G., REMONTET L., BENHAMOU E. et CHÉRIÉ-CHALLINE L., *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005*, Saint-Maurice, InVS, 2008, 136 pages.

24. BEN LAKHDAR C., *Le trafic de cannabis en France. Estimation des gains des dealers afin d'apprécier le potentiel de blanchiment.*, Saint-Denis, OFDT, 2007, 21 pages.

25. BEN LAKHDAR C., « La culture du cannabis en France : Implications, volume et qualité estimés », *Alcoologie et Addictologie*, Vol.31, n°2, 2009, pp. 121-127.

26. BEN LAKHDAR C., « Public expenditures related to illicit drugs in France in 2005 », dans 2007 *National report (2006 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point France. New development, trends and in-depth information on selected issues*, Saint-Denis, OFDT, 2007, pp. 75-85.

27. BEN LAKHDAR C., « Taille du marché de la cocaïne en France », dans POUSSET M. (Dir.), *Cocaïne, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2012, pp. 42-49.

28. BEN LAKHDAR C., LEGLEYE S. et SPILKA S., « Estimation du chiffre d'affaires du cannabis », dans COSTES J.M. (Dir.), *Cannabis, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2007, pp. 73-78.

29. BLASZCZYNSKI A. et NOWER L., « A pathways model of problem and pathological gambling », *Addiction*, Vol.97, n°5, 2002, pp. 487-499.

30. BRASSEURS DE FRANCE, *Marché français*.
http://www.brasseurs-de-france.com/#/marche_francais/3/ [accédé le 29/04/2013]

31. BRISACIER A.C. et COLIN C., *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Analyse des remboursements concernant l'échantillon généraliste des bénéficiaires en 2011*, Saint-Denis, OFDT ; ANSM, 2013 (à paraître).

32. CADET-TAÏROU A., « Les usagers de cocaïne », dans POUSSET M. (Dir.), *Cocaïne, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2012, pp. 78-80.

33. CADET-TAÏROU A., *Résultats ENaCAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers*, Saint-Denis, OFDT, 2012, 6 pages.

34. CADET-TAÏROU A. et CHOLLEY D., *Approche régionale de la substitution aux opiacés à travers 13 sites français, 1999-2002. Pratiques et disparités régionales*, Paris, CNAMTS ; OFDT, 2004, 118 pages.

35. CADET-TAÏROU A., COQUELIN A. et TOUFIK A., « CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008 », *Tendances*, n°74, 2010, 4 pages.

36. CADET-TAÏROU A., COSTES J.M., BELLO P.Y. et PALLE C., « Quel est le nombre d'usagers d'opiacés sous BHD ? Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004 », *Tendances*, n°37, 2004, pp. 1-2.

37. CADET-TAÏROU A., GANDILHON M. et LAHAIE E., « Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011) », *Tendances*, n°78, 2012, 6 pages.

38. CADET-TAÏROU A., GANDILHON M., LAHAIE E., CHALUMEAU M., COQUELIN A. et TOUFIK A., *Drogues et usages de drogues en France : état des lieux et tendances récentes 2007-2009*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 280 pages.

39. CADET-TAÏROU A., REYNAUD-MAURUPT C., COSTES J.-M. et PALLE C. (2010), « Quantitative surveys in hard-to-reach populations: the experience of the Observatoire français des drogues et des toxicomanies », *Methodological Innovations Online* 5(2) art. 7.

40. CADET-TAÏROU A., GANDILHON M., TOUFIK A. et ÉVRARD I., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006*. Huitième rapport national du dispositif TREND, Saint-Denis, OFDT, 2008, 189 pages.

41. CADET-TAÏROU A., LAHAIE E. et GANDILHON M., *Note relative à l'usage des « poppers »*, Saint-Denis, OFDT, 2009, 6 pages.

42. CANARELLI T. et COQUELIN A., *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 146 pages.

43. CAZEIN F., LE STRAT Y., PILLONEL J., LOT F. et BOUSQUET V., « Dépistage du VIH et découvertes de séropositivité, France, 2003-2010 », *BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire,* n°43-44, 2011, pp. 446-454.

44. CDT, *CDTnet - Consultation de Dépendance Tabagique*.
https://cdtnet.spim.jussieu.fr [accédé le 27/02/2013].

45. CDT, *Statistiques CDTnet*.
https://cdtnet.spim.jussieu.fr/choixcible.action [accédé le 27/02/2013].

46. CEIP DE GRENOBLE, *Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMES) 2010*, Saint-Denis, ANSM, Non publié.

47. CEIP DE MARSEILLE, *OPPIDUM, principaux résultats de l'enquête n°23*, 3-30 octobre 2011, Saint-Denis, ANSM, 2012.

48. CEIP DE TOULOUSE, *Ordonnances suspectes, indicateur d'abus possible (OSIAP), résultats de l'enquête 2011*, Saint-Denis, ANSM, 2012.

49. CEIP ILE-DE-FRANCE-CENTRE, *Soumission chimique, enquête nationale n°7,* 2011, ANSM, , 2012.

50. CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE SUR LES CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS (CÉPIDC - INSERM). *Base de données sur les causes médicales de décès*.
http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/ [accédé le 21/02/2013].

51. CHAMPIN C., « L'Afrique de l'Ouest : une zone rebond de la cocaïne destinée au marché européen », *Drogues, enjeux internationaux*, n°4, 2012, 5 pages.

52. CHAMPIN C., *Afrique noire, poudre blanche. L'Afrique sous la coupe des cartels de la drogue*, Bruxelles, André Versaille, coll. Actualité, 2010, 155 pages.

53. COLLIAT E. et MASSACRET M., *Repères pour une politique de prévention des risques liés à la consommation de drogues en milieu professionnel. Stupéfiants, alcool : Guide pratique*, Paris, La Documentation française, 2012, 70 pages.

54. COM-RUELLE L., DOURGNON P., JUSOT F., LATIL E. et LENGAGNE P., « Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale », *Questions d'Economie de la Santé*, n°97, 2005, 8 pages.

55. COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, *Les comptes de la Sécurité sociale : résultats 2010, prévisions 2011 et 2012*, Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2011, 452 p.

56. COMMISSION EUROPÉENNE, *Eurostat*. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home[accédé le 01/03/2013].

57. COMMISSION FOR DISTILLED SPIRITS, *World Drink Trends 2004*, Henley on Thames, World Advertising Research Center, 2004, 184 pages.

58. CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE, *Stratégie antidrogue de l'UE (2005-2012)*, Bruxelles, Conseil de l'Union européenne, 2004, 20 pages.

59. CONSEIL DE L'UNION EUROPÉENNE, *Stratégie antidrogue de l'UE (2013-2020)*, Bruxelles, Conseil de l'Union européenne, 2012, 18 pages.

60. CONSTANCE J. et PERETTI-WATEL P., « La cigarette du pauvre », *Ethnologie française*, n°3, 2010, pp. 535-542.

61. COSTES J.M. (Dir.), *Cannabis, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2007, 232 pages.

62. COSTES J.M., « Risques, conséquences et effets liés aux usages de cannabis », *Cannabis, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2007, pp. 87-109.

63. COSTES J.M., « Prévalence de l'usage problématique de drogues en France : estimations 2006 », *Tendances*, n°69, 2009, 4 pages.

64. COSTES J.M. (Dir.), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 194 pages.

65. COSTES J.M. et CADET-TAÏROU A., « Impact des traitements de substitution sur les dix dernières années », *Tendances*, n°37, 2004, pp. 3-4.

66. COSTES J.M., CADET-TAÏROU A., THIRION X., BELLO P.Y. et PALLE C., « Du point de vue de la santé publique, quels sont les résultats positif que l'on peut attribuer aux traitements de substitution aux opiacés et quels sont leurs effets défavorables ou non souhaitables ? », *Alcoologie et Addictologie*, Vol.26, n°4 (Suppl. - Texte des experts de la conférence de consensus, Lyon, 23 et 24 juin 2004), 2004, pp. 61S-74S.

67. COSTES J.M., LAFFITEAU C., LE NEZET O. et SPILKA S., *Premiers résultats concernant l'évolution de l'opinion et la perception des Français sur les drogues (1999-2008)*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 5 pages.

68. COSTES J.M., LE NÉZET O., SPILKA S. et LAFFITEAU C., « Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008) », *Tendances*, n°71, 2010, 6 pages.

69. COSTES J.M., POUSSET M., EROUKMANOFF V., LE NÉZET O., RICHARD J.B., GUIGNARD R., BECK F. et ARWIDSON P., « Les niveaux et pratiques des jeux de hasard et d'argent en 2010 », *Tendances*, n°77, 2011, 8 pages.

70. CSCF (CANNABIS SOCIAL CLUB EN FRANCE), *Les Amis du CSCF*. http://cscf.eu [accédé le 27/02/2013].

71. CURRIE C., ZANOTTI C., MORGAN A., CURRIE D., DE LOOZE M., ROBERTS C., SAMDAL O., SMITH O.R.F. et BARNEKOW V., *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA), n°6, 2012, 272 pages.

72. DAMBÉLÉ S., *Les CAARUD en 2010. Analyse nationale des rapports standardisés d'activité ASA-CAARUD*, Saint-Denis, OFDT, à paraître.

73. DANAEI G., DING E.L., MOZAFFARIAN D., TAYLOR B., REHM J., MURRAY C.J. et EZZATI M., « The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors », *PLoS Medicine*, Vol.6, n°4, 2009, e1000058.

74. DAUTZENBERG B., *Tabagisme passif*, Paris, Direction générale de la santé (DGS), 2001, 109 pages.

75. DEHAENE P., SAMAILLE-VILLETTE C., BOULANGER-FASQUELLE P., SUBTIL D., DELAHOUSSE G. et CRÉPIN G., « Diagnostic et prévalence du syndrome d'alcoolisme fœtal en maternité », *La Presse Médicale*, Vol.20, n°21, 1991, pp. 1002.

76. DELCROIX M., *La grossesse et le tabac*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 2004, 127 pages.

77. DELPRAT T., *L'accréditation des informations liées à l'usage de nouvelles drogues de synthèse. Une étude à partir des dispositifs de médiation en place sur le web*. Master professionnel Information et Communication, spécialité « Web éditorial » - Mémoire de fin d'études, Université de Poitiers, 2011, 105 pages.

78. DEPARTMENT OF HEALTH - UK FOCAL POINT ON DRUGS, DAVIES C., ENGLISH L., STEWART C., LODWICK A., MCVEIGH J. et BELLIS M.A. (Dir.), United Kingdom drug situation. 2011 edition. *Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*, London, UK Home Office, Department of Health, 2011, 258 pages.

79. DGS, InVS, AFSSAPS, OFDT et MILDT, *Cas d'overdoses en Ile-de-France - Point de situation au 23 janvier 2009* - Communiqué de presse, 2009, 1 page.

80. DÍAZ GÓMEZ C., « Tendances récentes des dépenses publiques relatives aux réponses apportées aux drogues (thème spécifique 2) » : dans POUSSET M. (Dir.), *Rapport national 2012 (données 2011) à l'OEDT par le point focal français du réseau*

Reitox-France. Nouveaux développements, tendances et information détaillée sur des thèmes spécifiques, Saint-Denis, OFDT, 2012.

81. DIRECTION DE LA SÉCURITÉ ET DE LA CIRCULATION ROUTIÈRES (DSCR), *La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2011*, Paris, La Documentation française, 2013, 698 pages.

82. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ (DGS), *Enquête Prevacar - Volet offre de soins - VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral*, Paris, DGS, 2011, 88 pages.

83. DIRECTION GÉNÉRALE DES DOUANES ET DES DROITS INDIRECTS, *Données 2011*, non publié

84. DIRECTION GÉNÉRALE DES DOUANES ET DES DROITS INDIRECTS (DGDDI), *Bilan annuel 2012 de la douane*, Paris, Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère du commerce extérieur, 2013, 6 pages.

85. DIRECTION GÉNÉRALE DES DOUANES ET DES DROITS INDIRECTS (DGDDI) et PÉCRESSE V., *Bilan annuel 2011 de la douane*, Paris, Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État, 2012, 12 pages.

86. DISPOSITIF SINTES, *Répertoire des nouveaux produits de synthèse identifiés en France depuis 2008*. Note d'information SINTES, Saint-Denis, OFDT, 2011, 2 pages.

87. EMCDDA, *Online sales of new psychoactive substances / 'legal highs': summary of results from the 2011 multilingual snapshots. Briefing paper, 15 November 2011*, Lisbon, EMCDDA, 2011, 8 pages.

88. EMCDDA, *Statistical bulletin 2012. Table DRD-5. Mortality due to drug-induced deaths in European countries, in all adults and adults aged 15 to 39 years (total and males)*. http://www.emcdda.europa.eu/stats12/drdtab5a [accédé le 21/02/2013].

89. EMCDDA, *Statistical bulletin 2012. Table PDU-1. Estimates of prevalence of problem drug use at national level*. http://www.emcdda.europa.eu/stats12/drdtab5a [accédé le 27/02/2013].

90. EMCDDA, *Annual report 2012, the State of the Drugs Problem European*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2012, 99 pages / EMCDDA, 2013, *European Drug Report: Trends and developments,* à paraître.

91. EMCDDA, CARPENTIER C., MULLIGAN K., LANIEL L., POTTER D.J., HUGHES B., VANDAM L., OLSZEWSKI D. et SKARUPOVA K., *Cannabis production and markets in Europe*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, coll. EMCDDA Insights, n°12, 2012, 268 pages.

92. EMCDDA, RHODES T. et HEDRICH D., *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, coll. Scientific Monograph Series, n°10, 2010, 462 pages.

93. ESCOTS S. et FAHET G., *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage : investigation menée en France en 2002-2003*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 115 pages.

94. ESCOTS S. et SUDÉRIE G., *Usages problématiques de cocaïne/crack. Quelles interventions pour quelles demandes ?*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 246 pages.

95. EUROPEAN COMMISSION, *Excise duty tables Part III - Manufactured tobacco,* Brussels, European Commission, 2013, 17 pages.

96. EUROPOL et EMCDDA, *EMCDDA-Europol 2011 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA : In accordance with Article 10 of Council Decision 2005/387/JHA on the information exchange, risk-assessment and control of new psychoactive substances*, Lisbon, EMCDDA, 2012, 29 pages.

97. FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ADDICTOLOGIE (FFA) et AGENCE NATIONALE D'ACCRÉDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES), *Conférence de consensus : stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution - 23 et 24 juin 2004*, Texte des recommandations (version longue), Saint-Denis, FFA, 2004, 39 pages.

98. FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SPIRITUEUX, *Repères 2011*, Paris, Fédération française des spiritueux, 2012, 6 p.

99. FERLAY J., STELIAROVA-FOUCHER E., LORTET-TIEULENT J., ROSSO S., COEBERGH J.W.W., COMBER H., FORMAN D. et BRAY F., « Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012 », *European Journal of Cancer*, volume 49, Issue 6, Avril 2013, pp. 1374-1403.

100. FERRARI L., SAVIUC P. et GAZIN V., *Intoxication par les poppers. Analyse préliminaire des données de la BNCI, 1999-2009*. Rapport fait à la demande de l'Afssaps, Comité de coordination de toxicovigilance, 2009, 27 pages.

101. FNORS (FÉDÉRATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES RÉGIONAUX DE SANTÉ), *Base de données Score Santé*, site commun d'observation en santé. http://www.score-sante.org/score2008/index.html [accédé le 01/03/2013].

102. FOURNIER S. et ESCOTS S., « Les milieux festifs gays : des usages spécifiques ? », dans COSTES J.M. (Dir.), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, pp. 106-113.

103. GANDILHON M., « Le petit trafic de cocaïne en France », *Tendances*, n°53, 2007, 4 pages.

104. GANDILHON M., « Les trafics de cocaïne en France », dans POUSSET M. (Dir.), *Cocaïne, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2012, pp. 29-34.

105. GANDILHON M., CADET-TAÏROU A. et LAHAIE E., *Les prix de détail et la disponibilité des principales substances psychoactives circulant en France au second semestre 2011. Note n°2012.03 à l'attention de la MILDT*, Saint-Denis, OFDT, 2012, 7 pages.

106. GANDILHON M., CADET-TAÏROU A., LAHAIE E. et CHALUMEAU M., « Drogues illicites : les observations du dispositif TREND en 2009 », *Tendances*, n°73, 2010, 6 pages.

107. GANDILHON M. et HOAREAU E., « Les évolutions du petit trafic d'héroïne et de cocaïne en France », dans COSTES J.M. (Dir.), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, pp. 124-136.

108. GANDILHON M., TOUFIK A. et MARTINEAU H., « Provenance et filières de trafic », dans COSTES J.M. (Dir.), *Cannabis, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2007, pp. 60-65.

109. GAUTIER A. (Dir.), *Baromètre santé médecins - pharmaciens 2003*, Saint-Denis, INPES, 2005.

110. GAUTIER A. (Dir.), *Baromètre santé médecins généralistes 2009*, Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2011, 261 pages.

111. GEORGE S., « Le droit public des jeux : émergence et mutations d'une forme originale de maîtrise étatique », *Pouvoirs*, Vol.139, n°4, 2011, pp. 77-89.

112. GIRARD G. et BOSCHER G., « L'ecstasy, de l'engouement à la 'ringardisation' », dans COSTES J.M. (Dir.), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND,* Saint-Denis, OFDT, 2010, pp. 96-105.

113. GUÉRIN S., LAPLANCHE A., DUNANT A. et HILL C., « Alcohol-attributable mortality in France », *European Journal of Public Health*, online first March 4, 2013.

114. HAS, *Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière*, Saint-Denis, Haute Autorité de Santé, 2007, 122 pages.

115. HAS, *Arrêt de la consommation de tabac : du repérage au maintien de l'abstinence* - Note de cadrage, Saint-Denis, Haute Autorité de Santé, 2012, 30 pages.

116. HERVÉ F., « Les traitements résidentiels pour usagers de drogues (thème spécifique 1) », dans POUSSET M. (Dir.), *Rapport national 2012 (données 2011) à l'OEDT par le point focal français du réseau Reitox - France. Nouveaux développements, tendances et information détaillée sur des thèmes spécifiques*, Saint-Denis, OFDT, 2012, pp. 189-207.

117. HIBELL B., GUTTORMSSON U., AHLSTRÖM S., BALAKIREVA O., BJARNASON T., KOKKEVI A. et KRAUS L., *The 2011 ESPAD report - Substance use among students in 36 European countries*, Stockholm, CAN (The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs), 2012, 390 pages.

118. HILL C., « Épidémiologie du tabagisme », *La Revue du Praticien - Monographie*, Vol.62, n°3, 2012, pp. 325-329.

119. HILL C. et LAPLANCHE A., *Le tabac en France, les vrais chiffres*, Paris, La Documentation française, 2004, 139 pages.

120. INPS, *Statistiques 2009. Fichiers S.T.U.P.S.© et sécurité routière. Analyse par produit (saisies) - Psychotropes et sécurité routière (toxicologie)*, Paris, Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, 2010, 41 pages.

121. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE), *Consommation des ménages*.
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T13F061 [accédé le 29/04/2013]

122. INSERM, *Alcool, effets sur la santé*, Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 2001, 358 pages.

123. INSERM, *Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance*, Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 2003, 536 pages.

124. INSERM, *Tabac : comprendre la dépendance pour agir*, Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 2004, 473 pages.

125. INSERM, *Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions*, Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 2008, 479 pages.

126. INSERM, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 2010, 573 pages.

127. INSERM, « Consommation et mésusages chez les sujets sous médicaments de substitution aux opiacés », dans INSERM (Dir.), *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances*, Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 2012, pp. 93-116.

128. INSERM, *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances*, Paris, INSERM, coll. Expertise collective, 2012, 586 pages.

129. INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (InVS), *Infection à VIH et sida en France (bases de données)*. http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/index.htm [accédé le 21/02/2013].

130. INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (InVS), *Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B*. http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatites-virales/Hepatite-B/Infection-aigue-symptomatique-par-le-virus-de-l-hepatite-B/Donnees-epidemiologiques [accédé le 21/02/2013].

131. InVS et INCa, *Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique*, Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2011, 78 pages.

132. JANSSEN E., « Estimation du nombre d'usagers de crack en France métropolitaine », dans POUSSET M. (Dir.), *Cocaïne, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2012, pp. 92.

133. JANSSEN E. et PALLE C., « Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France », *Tendances*, n°70, 2010, 4 pages.

134. JAUFFRET-ROUSTIDE M., COUTURIER E., LE STRAT Y., BARIN F., ÉMMANUELLI J., SEMAILLE C., QUAGLIA M., RAZAFINDRATSIMA N., VIVIER G., OUDAYA L., LEFÈVRE C. et DÉSENCLOS J.C., « Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004 », *BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°33, 2006, pp. 244-247.

135. JAUFFRET-ROUSTIDE M., LE STRAT Y., COUTURIER E., THIERRY D., RONDY M., QUAGLIA M., RAZAFINDRATSIMA N., ÉMMANUELLI J., GUIBERT G., BARIN F. et DÉSENCLOS J.C., « A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design », *BMC Infectious Diseases*, Vol.9, n°113, 2009.

136. KAIROUZ S., NADEAU L. et PARADIS C., *Enquête ENHJEU - Québec. Portrait du jeu au Québec : prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*, Montréal, Université Concordia, 2011, 48 pages.

137. KARILA L., PETIT A. et REYNAUD M., « Les poppers : une substance dangereuse », *La Revue du Praticien* - Monographie, Vol.62, n°5, 2012, pp. 667-668.

138. KARSENTY S. et HIRSCH A., « Les évolutions de la consommation de tabac en France de 1999 à 2008 », *BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°19-20, 2010, pp. 214-216.

139. KHANNA G. et STEVENS G., « The global burden of tobacco use: a review of methods and recent estimates », *Current Cardiovascular Risk Reports*, Vol.5, n°1, 2011, pp. 96-106.

140. KOPP P. et FENOGLIO P., *Le coût des traitements et de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues*, Saint-Denis, OFDT, 2006, 584 pages.

141. KOPP P. et FENOGLIO P., *Coût et bénéfices économiques des drogues*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 121 pages.

142. KOPP P. et FENOGLIO P., *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Paris, OFDT, 2000, 277 pages.

143. KOPP P. et PALLE C., *Vers l'analyse du coût des drogues illégales. Un essai de mesure du coût de la politique publique de la drogue et quelques réflexions sur la mesure des autres coûts*, Paris, OFDT, 1998, 80 pages.

144. LA REVUE DES TABACS RÉDACTION, « Cigarettes : Le prix a presque doublé en dix ans », *La Revue des Tabacs,* n°601, 2012, pp. 18.

145. LA REVUE DES TABACS RÉDACTION, « Pleins feux… Marché du tabac : bilan 2012 et perspective 2013 », *La Revue des Tabacs*, n°606, 2013, pp. 8-43.

146. LAHAIE E., *Enquête SINTES 2009 sur la composition des produits de synthèse*, Saint-Denis, OFDT, 2011, 47 pages.

147. LAHAIE E. et ADÈS J.E., « Mythe-amphétamine» et autres mythes », dans COSTES J.M. (Dir.), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, pp. 114-123.

148. LAHAIE E., CADET-TAÏROU A. et JANSSEN E., *Composition de l'héroïne et connaissance des usagers. Résultats de l'enquête SINTES Observation (mars 2007 à juin 2008),* Saint Denis, OFDT, 2010, 36 pages.

149. LAHAIE E., MARTINEZ M. et CADET-TAÏROU A., « Nouveaux produits de synthèse et Internet », *Tendances*, n°84, 2013, 8 pages.

150. LALAM N., WEINBERGER D., LERMENIER A. et MARTINEAU H., *L'observation du marché illicite de tabac en France*, Saint-Denis, OFDT ; INHESJ, 2012, 49 pages.

151. LANGLOIS E., *Les traitements de substitution vus par les patients. Quels sont les enseignements de leur expérience ?*, Saint-Denis, OFDT, 2011, 150 pages.

152. LATINO-MARTEL P., ARWIDSON P., ANCELLIN R., DRUESNE-PECOLLO N., HERCBERG S., LE QUELLEC-NATHAN M., LE LUONG T. et MARANINCHI D., « Alcohol consumption and cancer risk: revisiting guidelines for sensible drinking », *Canadian Medical Association Journal*, Vol.183, n°16, 2011, pp. 1861-1865.

153. LAUMON B., GADEGBEKU B., MARTIN J.L., BIECHELER M.B. et THE SAM GROUP, « Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study », *British Medical Journal*, Vol.331, n°7529, 2005, pp. 1371-1374.

154. LAUMON B., GADEGBEKU B., MARTIN J.L. et GROUPE SAM, *Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) : Analyse épidémiologique*, Saint-Denis, OFDT, 2011, 166 pages.

155. LEGLEYE S., MÉNARD C. et BAUDIER F., « Alcool », dans GUILBERT P., BAUDIER F., et GAUTIER A. (Dir.), *Baromètre Santé 2000.* Résultats (vol. 2), Vanves, Editions CFES, 2001, pp. 123-159.

156. LEGLEYE S., SPILKA S., LE NÉZET O. et LAFFITEAU C., « Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », *Tendances*, n°66, 2009, 6 pages et données non publiées.

157. LERMENIER A., *Tableau de bord tabac. Bilan 2011*, Saint-Denis, OFDT, 2012, 7 pages.

158. LERMENIER A., *Tableau de bord tabac. Bilan 2012*, Saint-Denis, OFDT, 2013, 7 pages.

159. LOPEZ D., MARTINEAU H. et PALLE C., *Mortalité liée aux drogues illicites. Étude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants*, Saint-Denis, OFDT, 2004, 158 pages.

160. LUKASIK-GLEBOCK M., SOMMERFELD K. et NAWROCKA K., « Legal highs toxicity - symptomatology and clinical diagnosis in case series », *Przeglad Lekarski*, Vol.67, n°8, 2010, pp. 613-616.

161. MEIER M.H., CASPI A., AMBLER A., HARRINGTON H., HOUTS R., KEEFE R.S.E., MCDONALD K., WARD A., POULTON R. et MOFFITT T.E., « Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, Vol.109, n°40, 2012, pp. E2657-E2664.

162. MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Annuaire statistique de la Justice. Édition 2009-2010*, Paris, La Documentation française, 2010, 361 pages.

163. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS, *Plan cancer 2009-2013*, Paris, 2009, 140 pages.

164. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Point d'information sur les cigarettes électroniques, 7 juillet 2008*. http://www.sante.gouv.fr/point-d-information-sur-les-cigarettes-electroniques.html [accédé le 22/03/2013].

165. MOREL A., CHAPPARD P. et COUTERON J.P., *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie en 22 notions : Contexte, enjeux, nouvelles pratiques*, Paris, Dunod, 2012, 345 pages.

166. MOUQUET M.C., « La santé des personnes entrées en prison en 2003 », *Études et Résultats*, n°386, 2005, pp. 1-12.

167. MUTATAYI C., *RELIONPREDIL 2011.Actions de prévention des usages de drogues illicites et licites en Rhône-Alpes*, Saint-Denis, OFDT, 2012, 54 pages.

168. MUTATAYI C., *Campagnes médias et drogues licites ou illicites 1980-2012,* Saint-Denis, OFDT, à paraître.

169. NAU J.Y., *Baclofène en folie (+ 50 % en un an). Catatonie en haut lieu* (Publié le 24 mars 2013). http://blog.ehesp.fr/mediasantepublique/2013/03/24/explosion-des-ventes-de-baclofene-50-en-un-an-catatonie-en-haut-lieu/ [accédé le 05/04/2013].

170. NICHOLS M., SCARBOROUGH P., ALLENDER S. et RAYNER M., « What is the optimal level of population alcohol consumption for chronic disease prevention in England? Modelling the impact of changes in average consumption levels », *BMJ Open*, Vol.2, n°3, 2012, e000957.

171. OBRADOVIC I., *Addictions en milieu carcéral. Enquête sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive*, 2003, Saint-Denis, OFDT, 2004, 100 pages.

172. OBRADOVIC I., « Caractéristiques du public reçu dans les consultations jeunes consommateurs pour un problème d'addiction (2005-2007) », *BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°30, 2009, pp. 332-336.

173. OBRADOVIC I., « La réponse pénale à l'usage et au trafic de cocaïne et de crack », dans POUSSET M. (Dir.), *Cocaïne, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2012, pp. 146-154.

174. OBRADOVIC I., *Réduction des risques en milieu pénitentiaire. Revue des expériences étrangères. Note n°2012-04, à l'attention de la MILDT*, Saint-Denis, OFDT, 2012, 21 pages.

175. OBRADOVIC I., « La réponse pénale à l'usage de stupéfiants », *Tendances,* n° 72, 2010, 6 pages.

176. OBRADOVIC I., « Les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de stupéfiants », *Tendances,* n°81, 2012, 6 pages.

177. OCRTIS, *Usage et trafic des produits stupéfiants en France en 2003*, Nanterre, OCRTIS, 2004, 112 pages.

178. OCRTIS, *Données 2010, 2011 et 2012*, Non publié.

179. OFDT, *Rapport national 2012 (données 2011) à l'OEDT par le point focal français du Reitox*, Saint-Denis, OFDT, 2012, 273 pages.

180. OEDT, FRIDELL M. et NILSON M., « La comorbidité - Consommation de drogues et troubles psychiatriques », *Objectif drogues*, n°14, 2005, 4 pages.

181. OFDT, *Substitution aux opiacés : synthèse des informations disponibles de 1996 à 2001 en France*, Paris, OFDT, 2003, 80 pages.

182. OFDT, *Recueil de données RECAP. Données 2011, tableaux statistiques.* http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/recap.html [accédé le 18/02/2013].

183. OFDT, *Le nombre d'usagers problématiques de drogues en France en 2011,* Saint-Denis, OFDT, à paraître.

184. OFDT, *Note sur les résultats du CAST à partir des résultats d'ESCAPAD,* Saint-Denis, OFDT, à paraître.

185. OFDT, « Perceptions et des opinions des Français sur les drogues en 2013. Enquête EROPP », *Tendances*, à paraître.

186. OFDT, *Statistiques des ivresses publiques et manifestes. D'après les données de la Gendarmerie nationale, de la Police nationale et de la Préfecture de police de Paris*, Non publié.

187. OFT, *Site de l'Office français de prévention du tabagisme*. http://www.ofta-asso.fr [accédé le 27/02/2013].

188. OICS, *Substances psychotropes. Statistiques pour 2010*, New-York, Nations-Unies, Rapports techniques, 2012, 376 pages.

189. OMS, *Le tabac : mortel sous toutes ses formes. Journée mondiale sans tabac 2006,* Genève, OMS, 2006, 48 pages.

190. ONISR, La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2011, Paris, La Documentation française, 2013, 698 p.

191. ORGANISATION INTERNATIONALE DE LA VIGNE ET DU VIN (OIV), *Statistical report on world vitiviniculture 2012*, Paris, OIV, 2012, 32 p.

192. PAILLE F. et MALET L., *Baclofène et alcool*, Paris, Société Française d'Alcoologie, 2011, 22 pages.

193. PALLE C. et RATTANATRAY M., *Rapports d'activité des CSAPA*, Saint-Denis, OFDT, à paraître.

194. PALLE C., LEMIEUX C., PRISSE N. et MORFINI H., *Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes et les centres de cure ambulatoire en alcoologie en 2006,* Saint-Denis, OFDT, 2008, 95 pages.

195. PALLE C. et MARTIN D., *Lutte contre l'alcoolisme, le dispositif spécialisé en 2002*, Saint-Denis, DGS/OFDT, 2004, 19 pages.

196. PARQUET P.J., *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, Vanves, CFES, coll. Les dossiers techniques, 1997, 107 pages.

197. PEREZ-DIAZ C., « Alcool et délinquance », *Tendances,* n°9, 2000, 4 pages.

198. PETO R., DARBY S., DEO H., SILCOCKS P., WHITLEY E. et DOLL R., « Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies », *British Medical Journal*, Vol.321, n°7257, 2000, pp. 323-329.

199. PETO R., LOPEZ A.D., BOREHAM J. et THUN M., *Mortality from smoking in developed countries 1950-2005*, CTSU (University of Oxford). [accédé le 10/04/2013] http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/

200. PETRY N.M., STINSON F.S. et GRANT B.F., « Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions », *Journal of Clinical Psychiatry,* Vol.66, n°5, 2005, pp. 564-574.

201. PFAU G. et PÉQUART C., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2009. Tendances récentes sur le site de Paris*, Saint-Denis, OFDT ; Paris, Association Charonne, 2010, 122 pages.

202. PFAU G. et PÉQUART C., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2011. Tendances récentes sur le site de Paris*, Saint-Denis, OFDT, Paris, Association Charonne, à paraître.

203. POUSSET M. (Dir.), *Cocaïne, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2012, 232 pages.

204. PRESCRIRE RÉDACTION, « Effets indésirables du cannabis », *Revue Prescire*, Vol.30, n°321, 2010, pp. 515-522.

205. REY G., BONIOL M. et JOUGLA E., « Estimating the number of alcohol-attributable deaths: methodological issues and illustration with French data for 2006 », *Addiction*, Vol.105, n°6, 2010, pp. 1018-1029.

206. REYNAUD-MAURUPT C., *Usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes - Une enquête qualitative exploratoire conduite en France*, Saint-Denis, OFDT, 2006, 160 pages.

207. REYNAUD-MAURUPT C., *Les habitués du cannabis - une enquête qualitative auprès des usagers réguliers*, Saint-Denis, OFDT, 2009, 312 pages.

208. REYNAUD-MAURUPT C., AMAOUCHE M., HALFEN S. et RIMBERT G., *Conduites addictives, errance, prostitution à l'intérieur et aux abords des gares du Nord et de l'Est, Paris, 10e arrondissement. Étude ethnographique et qualitative. État des lieux, besoins et ressources en 2008*, Paris, ORS Ile-de-France ; Levens, GRVS, 2009, 123 pages.

209. REYNAUD-MAURUPT C. et CADET-TAÏROU A., « Substances psychoactives chez les amateurs de l'espace festif Electro », *Tendances*, n°56, 2007, 4 pages.

210. REYNAUD-MAURUPT C., CHAKER S., CLAVERIE O., MONZEL M., MOREAU C., ÉVRARD I. et CADET-TAÏROU A., *Pratiques et opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif « musiques électroniques »,* Saint-Denis, OFDT, 2007, 143 pages.

211. REYNAUD-MAURUPT C. et HOAREAU E., *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés »*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 273 pages.

212. REYNAUD M. (Dir.), *Traité d'addictologie*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2006, pp. 477-482.

213. REYNAUD M. et PAILLE F., *Les diagnostics des troubles liés à l'alcool dans les hôpitaux français. PMSI et alcool*, à paraître.

214. RICHARD D., SENON J.L. et VALLEUR M., *Dictionnaire des drogues et des dépendances*, Paris, Larousse, coll. In Extenso, 2004, 626 pages.

215. ROUSSEL O., PERRIN M., HERARD P., CHEVANCE M. et ARPINO P., « La 4-méthyléphédrone sera-t-elle une "Ecstasy" du XXIe siècle ? », *Annales de Toxicologie Analytique*, Vol.21, n°4, 2009, pp. 169-177.

216. ROUSSILLON C., HÉNARD S., HARDEL L., ROSENTHAL E., AOUBA A., BONNET F., COUTURIER F., CACOUB P., MAY T., SALMON D., CHÊNE G. et MORLAT P., « Causes de décès des patients infectés par le VIH en France en 2010. Étude ANRS EN20 Mortalité 2010 », *BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°46-47, 2012.

217. SFA (SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE), « Les conduites d'alcoolisation au cours de la grossesse : Recommandations de la Société française d'alcoologie », *Alcoologie et Addictologie*, Vol.25, n°2 Suppl., 2003, pp. 45S-104S.

218. SHIELDS J.E., DARGAN P.I., WOOD D.M., PUCHNAREWICZ M., DAVIES S. et WARING W.S., « Methoxetamine associated reversible cerebellar toxicity: Three cases with analytical confirmation », *Clinical Toxicology,* Vol.50, n°5, 2012, pp. 438-440.

219. SPILKA S. et LE NÉZET O., *Premiers résultats du volet français de l'enquête European School survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) 2011*, Saint-Denis, OFDT, 2012, 17 pages.

220. SPILKA S., LE NÉZET O., BECK F., CHOQUET M. et LEGLEYE S., « Le tabagisme des adolescents suite à l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans en France », *BEH - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°21-22, 2008, pp. 187-190.

221. SPILKA S., LE NÉZET O., BECK F., EHLINGER V. et GODEAU E., « Alcool, tabac et cannabis durant les "années collège". Résultats du volet drogues, en France, de l'enquête Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) 2010 », *Tendances*, n°80, 2012, 6 pages.

222. SPILKA S., LE NÉZET O. et TOVAR M.L., « Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011 », *Tendances*, n°79, 2012, 4 pages et données non publiées.

223. SPILLER H.A., RYAN M.L., WESTON R.G. et JANSEN J., « Clinical experience with and analytical confirmation of "bath salts" and "legal highs" (synthetic cathinones) in the United States », *Clinical Toxicology*, Vol.49, n°6, 2011, pp. 499-505.

224. THUN M.J., HANNAN L.M., ADAMS-CAMPBELL L.L., BOFFETTA P., BURING J.E., FESKANICH D., FLANDERS W.D., JEE S.H., KATANODA K., KOLONEL L.N., LEE I.M., MARUGAME T., PALMER J.R., RIBOLI E., SOBUE T., AVILA-TANG E., WILKENS L.R. et SAMET J.M., « Lung cancer occurrence in never-smokers: an analysis of 13 cohorts and 22 cancer registry studies », *PLoS Medicine*, Vol.5, n°9, 2008, e185.

225. TNS OPINION & SOCIAL, *Attitudes des citoyens de l'UE à l'égard de l'alcool. Eurobaromètre spécial 331*, Bruxelles, Commission Européenne, 2010, 131 pages.

226. TNS OPINION & SOCIAL, *Attitudes of European towards tobacco. Special Eurobarometer 385*, Bruxelles, Commission Européenne, 2012, 167 pages.

227. TOURNIER M., COUGNARD A., BOUTOUABA-COMBE S. et VERDOUX H., « Étude sur la durée des traitements antidépresseurs en France et ses déterminants à partir des bases de données de l'Assurance maladie », *L'Encéphale*, Vol.37, Suppl.1, 2011, pp. 36-41.

228. UNODC (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME), *World drug report 2012*, New York, United Nations, 2012, 112 pages.

229. VIGNAL-CLERMONT C., AUDO I., SAHEL J.A. et PAQUES M., « Poppers-associated retinal toxicity », *New England Journal of Medicine*, Vol.363, n°16, 2010, pp. 1583-1585.

230. WEINBERGER D., « Réseaux criminels et cannabis indoor en Europe : maintenant la France ? », *Drogues, enjeux internationaux*, n°1, 2011, 6 pages.

231. WHO / OMS, *Mortality attributable to tobacco. WHO global report*, Geneva, World Health Organization, 2012, 396 pages.

232. WIEVIORKA S., « Co-morbidités », dans *Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. France: Drug situation 2002*, Paris, OFDT, 2003, pp. 92-101.

233. WINSTOCK A.R., MITCHESON L., GILLATT D.A. et COTTRELL A.M., « The prevalence and natural history of urinary symptoms among recreational ketamine users », *BJU International*, Vol.110, n°11, 2012, pp. 1762-1766.

Chronologie

Cette rétrospective, essentiellement nationale, reprend, depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, les principales dates relatives à la politique publique sur les drogues et aux événements s'y rapportant. Il ne s'agit pas d'un recensement exhaustif.

3 août 1953

Décret n° 53-726 qui met en place l'Office central de répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRTIS), chargé de centraliser les renseignements pouvant faciliter la recherche et la prévention du trafic illicite des toxiques stupéfiants et de coordonner les opérations tendant à la répression de ce trafic.

7 janvier 1959

Ordonnance n° 59-107 stipulant l'interdiction de la vente d'alcool à des mineurs (*JO* du 9 janvier 1959).

1969

Premier cas de décès par surdose recensé en France.

9 juillet 1970

Loi n° 70-597 fixant pour la première fois un taux légal d'alcoolémie en matière de sécurité routière. Elle met en place deux paliers : une contravention si le taux est compris entre 0,8 et 1,2 g/l de sang et un délit si le taux est supérieur à 1,2 g/l de sang.

31 décembre 1970

Loi n° 70-1320 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses (*JO* du 3 janvier 1971). Constitue depuis le cadre légal de la politique française de lutte contre les drogues.

1971

Constitution au plan européen du groupe Pompidou, groupe de coopération intergouvernementale, chargé « d'examiner, d'un point de vue pluridisciplinaire, les problèmes de l'abus et du trafic des stupéfiants ». À partir de 1973 le Conseil de l'Europe soutient l'action du groupe Pompidou.

13 mars 1972

Décret n° 72-200 réglementant l'accès aux seringues, auparavant libre, en obligeant l'acquéreur à justifier de son identité.

1976

Simone Veil, ministre de la Santé, lance la première campagne nationale télévisée de lutte contre le tabagisme « Sans tabac, prenons la vie à pleins poumons ».

5 juillet 1974

La loi n° 74-631 du 5 juillet 1974 complète l'ordonnance de 1959 en interdisant la vente d'alcool aux mineurs de moins de seize ans.

18 juin 1976

Publication dans le quotidien Libération de « L'appel du 18 joint », qui regroupe 150 signataires (parmi lesquels Gilles Deleuze, André Glucksmann, Isabelle Huppert, Bernard Kouchner, Maxime Le Forestier, Edgar Morin, Jérôme Savary, Philippe Sollers, Philippe Val…). Se prononçant pour la dépénalisation du cannabis, ce texte demande de mettre fin « à une situation absurde ».

9 juillet 1976

Loi n° 76-616, dite « loi Veil » (*JO* du 10 juillet 1976). Il s'agit de la première loi française contre le tabagisme qui en réglemente notamment la publicité.

1978

Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de drogues remis par Monique Pelletier au président de la République Valéry Giscard d'Estaing. La circulaire 69F389 du 17 mai 1978 s'inspire de ce texte et demande aux parquets de ne pas poursuivre les usagers de cannabis.

12 juillet 1978

Loi n° 78-732 instaurant des contrôles d'alcoolémie au volant, même en l'absence d'infraction ou d'accident (*JO* du 13 juillet 1978).

8 janvier 1982

Décret n° 82-10 qui met en place la Mission permanente de lutte contre la toxicomanie (MPLT), rattachée au ministère de la Solidarité nationale. Cette mission, dont la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) est aujourd'hui l'héritière, est chargée de définir, d'animer et de coordonner la politique du gouvernement, notamment dans les domaines de la prévention, de l'information et de la formation ainsi que la réinsertion des toxicomanes et de participer aux activités internationales (Conseil de l'Europe et Nations unies). François Colcombet (en mars 1982) puis Franck Perriez (en mai 1983) sont successivement nommés présidents de cette mission.

2 février 1983

Pour la première fois, un Comité interministériel sur la question des drogues et des toxicomanies se réunit. Il rassemble tous les ministères concernés par ces sujets, sous l'autorité du Premier ministre, et adopte un programme de 25 actions.

8 décembre 1983

Loi n° 83-1045 (*JO* du 9 décembre 1983) fixant un seuil d'alcoolémie légal à 0,8 g/l.

1984

Première campagne de lutte contre l'alcoolisme menée par le ministère des Affaires sociales et de la solidarité nationale : « Un verre ça va, trois verres, bonjour les dégâts. »

Juin 1984

Apparition des premiers cas de sida diagnostiqués en France chez des toxicomanes.

19 septembre 1984

Circulaire CRIM 84-15/E2, dite « circulaire Badinter », concernant le trafic de drogues et son usage. En matière d'usage, la circulaire reprend les principes de celle de 1978.

7 février 1985

Décret n° 85-191 mettant en place la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILT), rattachée au Premier ministre. Elle succède à la Mission permanente de lutte contre la toxicomanie. En septembre, adoption du programme « 31 mesures contre la toxicomanie », qui crée les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie (CDLT). La MILT est présidée par Jean-Claude Karsenty jusqu'en mars 1986, puis par Dominique Charvet jusqu'en juillet 1986. Guy Fougier devient ensuite président jusqu'en décembre 1987, avant Claudius Brosse, jusqu'en novembre 1988.

1986

Première campagne nationale de prévention des toxicomanies : « La drogue, parlons-en avant qu'elle ne lui parle. »
Campagne de l'Association pour la prévention des comportements toxicomaniaques : « La drogue, c'est de la merde. »

1986

Création de l'association Toxibase, chargée au plan national de la collecte et de la diffusion de la documentation spécialisée en toxicomanie.

17 janvier 1986

Loi n° 86-76 (*JO* du 18 janvier 1986) permettant aux officiers et aux agents de police judiciaire de confisquer immédiatement le permis de conduire d'un conducteur lorsque les épreuves de dépistage et son comportement permettent de présumer qu'il conduisait sous l'empire de l'état alcoolique (taux au moins égal à 0,8 g/l de sang).

12 mai 1987

La circulaire CAB 87-01 abroge les circulaires précédentes et introduit une nouvelle distinction au niveau de l'usage, en se fondant non plus sur le produit, mais sur le caractère occasionnel ou répété de la consommation de produits stupéfiants.

13 mai 1987

Décret n° 87-328 autorisant la mise en vente libre des seringues pour les personnes majeures, à l'initiative de Michèle Barzach, ministre de la Santé. Ce texte abolit le décret n° 72-200 du 13 mars 1972 qui réglementait l'accès aux seringues en obligeant à justifier de son identité. Le 11 août 1989, un nouveau décret officialise et pérennise la vente libre de seringues aux personnes majeures.

31 décembre 1987

Loi n° 87-1157 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants, qui incrimine pour la première fois le blanchiment d'argent de la drogue (*JO* du 5 janvier 1988).

Octobre 1989

Remise par Catherine Trautmann, présidente de la MILT depuis novembre 1988, d'un rapport au Premier ministre sur la lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants ; ce rapport insiste notamment sur la nécessité d'une coordination nationale et européenne.
François Mitterrand, président de la République, propose la création d'un Observatoire européen des drogues.

9 mai 1990

Adoption par le Conseil des ministres d'un programme d'actions de 42 mesures de lutte contre la drogue dans les domaines suivants : prévention, répression, sanitaire et social, recherche, évaluation, international.

25 juillet 1990

Décret n° 90-657 relatif à la fusion entre la MILT (présidée par Geneviève Domenach-Chich depuis décembre 1989) et la Délégation générale à la lutte contre la drogue (DGLD, mise en place le 6 décembre 1989 par le décret n° 89-880). Cette fusion donne naissance à la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT), dont la déléguée générale est Georgina Dufoix jusqu'en juin 1993. À cette date, Jean-Louis Langlais lui succède, puis Nicolas Theis en décembre 1994.

14 décembre 1990

Création de Drogues Info Service, service d'écoute téléphonique, qui deviendra Drogues Alcool Tabac Info Service en juin 2001.

10 janvier 1991

Loi n° 91-32, dite « loi Évin » (*JO* du 12 janvier 1991), relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ; elle constitue le fondement du dispositif légal dans ces domaines.

Décembre 1991

Première vague de la campagne contre l'alcool : « Tu t'es vu quand t'as bu ? » visant plus particulièrement les jeunes (cette campagne durera jusqu'en 1995).

1992

Création de l'association d'usagers ASUD, Auto-support des usagers de drogues.

29 juin 1992

Décret n° 92-590 relatif à la création des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST).

8 février 1993

Création officielle de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) : basé à Lisbonne, il sera opérationnel au début de l'année 1995.

5 mars 1993

Création de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), chargé de mettre en place un dispositif d'observation et de diffusion de l'information sur les drogues et les toxicomanies et de représenter la France au sein du REITOX (Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies animé par l'OEDT).

21 septembre 1993

Plan gouvernemental de lutte contre la drogue pour la période 1994-1996 ; un de ses axes prioritaires concerne la réduction des risques ou des dommages liés au sida.

9 novembre 1993

Circulaire n° 72 de la Direction générale de la santé (DGS) qui permet les premières prescriptions de méthadone aux usagers d'héroïne en France. Complétée par la circulaire DGS n° 14 du 7 mars 1994.

17 décembre 1993

Le Comité interministériel de la sécurité routière demande à un groupe d'experts un livre blanc sur les effets des médicaments et des drogues. Ce rapport au Premier ministre, « Sécurité routière, drogues licites ou illicites et médicaments », sera publié en 1996.

11 juillet 1994

Décret n° 94-570 portant le taux d'alcoolémie toléré au volant à 0,7 g/l de sang.

Février 1995

Rapport de la Commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie présidée par le professeur Roger Henrion, dit « rapport Henrion ». Ce rapport insiste sur la nécessité de développer les dispositifs de réduction des risques et les traitements de substitution.

7 mars 1995

Décret n° 95-255 permettant aux personnes physiques et aux associations à but non lucratif de délivrer des seringues stériles.

Mars 1995

Autorisation de mise sur le marché de la méthadone dans l'indication de « traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique ».

31 juillet 1995

Autorisation de mise sur le marché du Subutex® (buprénorphine haut dosage). Le produit sera mis sur le marché en février 1996.

29 août 1995

Décret n° 95-962 (*JO* du 30 août 1995) fixant le seuil d'alcoolémie pour la conduite d'un véhicule à 0,5 g/l de sang.

14 septembre 1995

Plan gouvernemental de 22 mesures pour l'année 1996, complétant celui de 1993.

24 avril 1996

Décret n° 96-350 mettant en place la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), placée sous l'autorité du Premier ministre. Elle est présidée par Françoise de Veyrinas.

1997

Rapport du professeur Philippe-Jean Parquet « Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives ». Il distingue les notions d'usage, d'usage nocif, d'abus et de dépendance.

1998

Rapport des professeurs Philippe-Jean Parquet et Michel Reynaud sur « les personnes en difficulté avec l'alcool ».

16 juin 1998

Rapport du professeur Bernard Roques « Problèmes posés par la dangerosité des drogues », remis au secrétaire d'État à la santé, Bernard Kouchner. Le rapport classe les produits en fonction de leur pouvoir de dépendance.

17 juin 1998

Nomination de Nicole Maestracci à la présidence de la MILDT.

Juillet 1998

Rapport de la Cour des comptes au président de la République sur le dispositif de lutte contre la toxicomanie qui examine les conditions d'application de la loi du 31 décembre 1970 et des textes ultérieurs relatifs à la lutte contre la toxicomanie dans les domaines de l'emploi des crédits budgétaires et de l'organisation administrative.

31 mars 1999

Mise en place de la Commission nationale des stupéfiants et des psychotropes ; elle succède à la Commission des stupéfiants et des psychotropes (1989), ayant elle-même pris la suite de la Commission interministérielle des stupéfiants, née en 1930. Le classement des produits intervient sur proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

16 juin 1999

Adoption du Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001, élaboré par la MILDT. Ce plan traite ensemble toutes les substances psychoactives, réaffirme l'interdit de l'usage et souligne les nouveaux enjeux de santé publique. Il sera prorogé en 2002.

17 juin 1999

Circulaire DACG-DAP-DPJJ relative aux réponses judiciaires aux toxicomanes (dite « circulaire Guigou »). Le garde des Sceaux recommande notamment aux procureurs de préférer les mesures « de la troisième voie » aux poursuites et à l'emprisonnement à l'égard d'un usager de drogues n'ayant commis aucun délit connexe.

18 juin 1999

Loi n° 99-505, dite « loi Gayssot », relative à la sécurité routière (*JO* du 19 juin 1999). Elle aborde la question de la consommation de stupéfiants. Son décret d'application du 27 août 2001 instaure la recherche de stupéfiants chez tous

les conducteurs impliqués dans un accident mortel entre le 1er octobre 2001 et le 30 septembre 2003 afin de mener à bien une enquête épidémiologique de grande envergure.

13 septembre 1999

Extension des champs de compétence du Comité interministériel à l'ensemble des produits psychoactifs, dont l'alcool, le tabac et les médicaments psychotropes.

30 novembre 1999

Arrêté du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sur la mise en vente libre des substituts nicotiniques (*JO* du 5 décembre 1999).

26 avril 2000

Sortie du livret d'information de la MILDT « Drogues, savoir plus risquer moins », diffusé, au total, à 4,5 millions d'exemplaires.

Janvier 2002

Campagne de la MILDT et du CFES (Comité français d'éducation pour la santé) à l'attention des jeunes : « Alcool, cannabis, tabac et autres drogues, et vous, savez-vous où VOUS en êtes ? »

2 janvier 2002

La loi n° 2002-2, rénovant l'action sociale et médico-sociale, donne une assise juridique aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes. Les CSST sont désormais intégrés dans le champ des établissements médico-sociaux. Les secteurs de la toxicomanie et de l'alcoologie convergent progressivement vers l'addictologie.

3 mai 2002

Le décret n° 2002-887 précise les modalités d'organisation des rassemblements festifs à caractère musical (rave-party).

24 octobre 2002

Nomination à la présidence de la MILDT de Didier Jayle.

3 février 2003

La loi n° 2003-87 (*JO* du 4 février 2003) crée un délit de conduite sous l'emprise de stupéfiants, passible de 2 ans d'emprisonnement et d'une peine de 4 500 euros d'amende.

24 mars 2003

Le président de la République, Jacques Chirac, qui avait annoncé le 14 juillet 2002 l'ouverture d'un grand chantier national de lutte contre le cancer, présente le Plan cancer : la « guerre au tabac » est déclarée.

Mai 2003

Campagne de publicité télévisée : « C'est surprenant tout ce qu'on peut mettre dans une cigarette » de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).

21 mai 2003

Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac (CCLAT). Elle est ratifiée par la France le 19 octobre 2004.

4 juin 2003

Publication du rapport de la commission d'enquête sénatoriale sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites : « Drogue : l'autre cancer ». Il formule 64 propositions pour « une nouvelle politique de lutte contre les drogues ».

31 juillet 2003

Loi n° 2003-715 instaurant l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans (*JO* du 3 août 2003).

30 juillet 2004

Publication du « plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, 2004-2008 », élaboré par la MILDT. Au même moment, le gouvernement annonce renoncer à une réforme de la loi de 1970.

9 août 2004

La loi n° 2004-806, relative à la politique de santé publique, annonce la préparation en 2004 d'un plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives. Cette loi confie à l'État la définition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue (le décret n° 2005-347 approuvera le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue le 14 avril 2005). Elle oblige par ailleurs les établissements scolaires à effectuer une action d'information par an sur les conséquences de la consommation d'alcool par les femmes enceintes et sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé.

23 novembre 2004

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues, les centres d'information départementaux sur les drogues font place aux centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances (CIRDD), financés et pilotés directement par la MILDT.

Février 2005

Campagne d'information sur le cannabis (« Le cannabis est une réalité) » à l'initiative de la MILDT et de l'INPES.

19 octobre 2005

Adoption par la France de la convention internationale contre le dopage dans le sport (convention ratifiée par la loi n° 2007-129 du 31 janvier 2007).

19 décembre 2005

Décret n° 2005-1606 relatif aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD), ex-« structures de première ligne » ou encore « structures à bas seuil d'exigence ».

Décembre 2005

Parution dans le British Medical Journal des résultats de l'étude sur l'influence des stupéfiants dans les accidents mortels de la route, consécutive à la loi Gayssot de 1999 (étude SAM). Le surrisque lié à une consommation de cannabis y est démontré.

31 mars 2006

Le premier générique de la buprénorphine (Buprénorphine Arrow®) est mis en vente sur le marché après avoir reçu son AMM le 1er janvier.

2 octobre 2006

Les bouteilles de boissons alcoolisées devront désormais porter soit un logo, soit une mention écrite prévenant les femmes des risques consécutifs à la consommation d'alcool pendant la grossesse.

1er février 2007

Entrée en vigueur de l'interdiction de fumer sur les lieux de travail et dans les transports collectifs (application du décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006).

5 mars 2007

Loi n° 2007-297 relative à la prévention de la délinquance qui prévoit notamment un alourdissement des peines prévues pour les infractions d'atteintes aux personnes en cas d'usage d'alcool ou de stupéfiants et l'extension de la mesure d'injonction thérapeutique à tous les stades de la procédure pénale pour les personnes dépendantes à l'alcool comme pour les usages de drogues illicites. La loi introduit aussi des « stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants », obligatoires et payants (décret n° 2007-1388 du 26 septembre 2007).

23 mars 2007

Dissolution du réseau national documentaire Toxibase, spécialisé dans le domaine des toxicomanies. La base bibliographique est reprise par l'OFDT et remise en ligne en juillet 2010.

1er juillet 2007

Entrée en vigueur de l'interdiction de vente aux mineurs des jeux de paris et de pronostics sportifs ainsi que des jeux de loterie (décrets n° 2007-728 et 2007-729 du 7 mai 2007).

29 août 2007

Nomination d'Étienne Apaire à la présidence de la MILDT.

30 septembre 2007

Accord international approuvant la création d'un centre opérationnel d'analyse du renseignement maritime pour les stupéfiants (MAOC-N). Ce centre a pour objectif principal la répression du trafic illicite de stupéfiants par voie maritime et aérienne dans l'Atlantique à destination de l'Europe et des côtes d'Afrique de l'Ouest. Les pays signataires sont l'Irlande, les Pays-Bas, l'Espagne, l'Italie, le Portugal, le Royaume-Uni et la France (accord ratifié en France par la loi n° 2009-1188 du 7 octobre 2009).

1er janvier 2008

Rattachement de la MILDT au Premier ministre.
Entrée en vigueur de l'extension de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif dits de convivialité : cafés, hôtels, restaurants, discothèques, casinos (application du décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006).

28 février 2008

Circulaire n° 2008-79 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. Transformation effective de tous les CSST et CCAA en CSAPA effective à la fin de 2009.

22 juillet 2008

Parution de l'expertise collective de l'Inserm « Jeux de hasard et d'argent. Contextes et addictions » demandée par la Direction générale de la santé.

31 décembre 2008

Création d'un centre consacré à la lutte antidrogue en Méditerranée (CeCLAD-M), dont le siège est à Toulon. Il doit contribuer à la lutte contre le trafic illicite de stupéfiants par voie maritime et aérienne en Méditerranée par une meilleure coordination des activités de renseignement menées par les services de police français et étrangers.

24 février 2009

Classement de trois agonistes cannabinoïdes (JWH 018, CP 47,947 et HU 210) détectés dans des mélanges vendus sous différentes appellations (notamment Spice).

21 juillet 2009

Adoption de la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST », réforme globale de la politique de santé et de l'organisation de l'offre de soins. Adoption de plusieurs dispositions visant à encadrer l'offre et la vente d'alcool et de tabac (interdiction aux mineurs, élargissement des plages horaires d'interdiction de vente d'alcool dans les stations-service, interdiction des cigarettes aromatisées, obligation de proposer au même prix boissons alcoolisées et non alcoolisées durant les happy hours).

28 juillet 2009

Les CIRDD se transforment en dispositifs d'appui coordonnés et pilotés par le chef de projet régional pour l'ensemble des départements de sa région.

5 octobre 2009

Lancement par le ministère de la Santé, la MILDT et l'INPES de la campagne « Drogues : ne fermons pas les yeux », sur la dangerosité des drogues. Premier volet de communication du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

9 novembre 2009

Mesure du plan national contre les hépatites B et C 2009-2012, la circulaire n° 2009-349 met en place pour les usagers de drogues accueillis dans un CAARUD un dépistage gratuit des hépatites et la vaccination contre l'hépatite B.

9 novembre 2009

Le service national d'accueil téléphonique Datis (Drogues alcool tabac Info Service) devient Adalis (Addictions drogues alcool Info Service), dépendant du ministère de la Santé et placé sous l'autorité de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

20 novembre 2009

Deuxième volet de communication du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011. Il s'agit cette fois d'une campagne d'information sur le rappel du cadre légal en matière de drogues (« La drogue si c'est illégal ce n'est pas par hasard ») et de vente d'alcool aux mineurs (hors médias).

1er janvier 2010

Dans le cadre du renforcement de la lutte contre les risques liés à l'alcool, les autocars neufs affectés aux transports en commun d'enfants doivent être équipés d'éthylotest antidémarrage à partir du 1er janvier 2010 (arrêté du 13 octobre 2009). Mesure applicable à tout autocar affecté à un transport en commun de personnes à partir du 1er septembre 2015.

31 mars 2010

Création des agences régionales de santé (ARS) par le décret no 2010-336 (déclinaison de la loi HPST du 21 juillet 2009).

15 avril 2010

Obligation d'apposition de photographies en couleurs sur les paquets de tabac et de cigarettes en plus des avertissements sanitaires déjà présents.

12 mai 2010

Loi n° 2010-476 : mise en place d'un cadre réglementaire régulant le secteur des jeux de hasard et d'argent en ligne et d'une autorité de régulation des jeux en ligne (ARJEL). Cette loi sera suivie de nombreux décrets d'application, parmi lesquels le décret n° 2010-623 du 8 juin 2010 définit les obligations d'information des opérateurs concernant la prévention des risques liés à la pratique du jeu (messages de mise en garde).

7 juin 2010

Classement de la méphédrone comme stupéfiant en France.

25 juin 2010

Assises nationales « Drogues illicites et risques professionnels » organisées par le ministère du Travail et la MILDT. Leur objectif est d'émettre des préconisations visant à réduire les consommations de drogues illicites et les risques sanitaires et professionnels qui leur sont potentiellement liés.

2 juillet 2010

Parution de l'expertise collective de l'Inserm « Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues » demandée par la ministre de la Santé et des Sports.

9 juillet 2010

La loi n° 2010-768, « dite Warsmann », visant à faciliter la saisie et la confiscation en matière pénale, transpose la réglementation européenne de principe de reconnaissance mutuelle des décisions de confiscation : elle crée et définit les missions de l'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (AGRASC), dont le fonctionnement interne sera défini par le décret n° 2011-134 du 1er février 2011.

Juillet-août 2010

Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, déclare, lors de la 18e Conférence internationale sur le Sida à Vienne, souhaiter lancer une concertation sur les « centres d'injection supervisés » (CIS). Le président de la MILDT s'y déclare opposé. Un communiqué, publié en août, des services du Premier ministre, François Fillon, indique que « ces centres de consommation ne sont ni utiles, ni souhaitables ».

13 décembre 2010

Campagne d'information de l'INPES, la MILDT et du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé « Contre les drogues, chacun peut agir » axée sur la parentalité (TV et presse). Constitue le dernier volet de communication du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

14 mars 2011

Loi n° 2011-267 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (LOPPSI). Donne lieu à 5 circulaires d'application émises par le ministère de l'Intérieur le 28 mars, dont l'une concerne l'amélioration de la sécurité routière (création d'une peine complémentaire lors d'une condamnation pour un délit de conduite avec alcool : l'interdiction de conduire un véhicule non équipé d'un dispositif homologué d'antidémarrage par éthylotest électronique).

Mars 2011

Parution de l'ouvrage du maire de Sevran, Stéphane Gatignon (Europe Écologie-les Verts), *Pour en finir avec les dealers* (avec Serge Supersac, éditions Grasset), qui plaide pour une légalisation du cannabis.

5 mai 2011

Avis du Comité consultatitf national d'éthique sur l'usage de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail : le dépistage médical de produits illicites en milieu de travail est acceptable au plan éthique mais nécessite un cadre strict et ne doit pas être systématique.

2 juin 2011

La Global Commission on Drug Policy (Commission mondiale sur la politique des drogues) stigmatise l'échec de la guerre à la drogue et plaide, dans un rapport, pour une nouvelle politique internationale. Kofi Annan, ex-secrétaire général de l'ONU, les écrivains Carlos Fuentes et Mario Vargas Llosa, l'économiste Paul Volcker, et les anciens présidents de Colombie César Gaviria et du Mexique Ernesto Zedillo font notamment partie de cette commission.

15 juin 2011

Un groupe de députés de gauche présidé par Daniel Vaillant (PS) préconise une « légalisation contrôlée du cannabis ».

29 juin 2011

Présentation du rapport final de la mission d'information sur les toxicomanies mise en place fin 2010 par l'Assemblée nationale et le Sénat. La dépénalisation de l'usage est présentée comme une « impasse éthique et juridique », alors que le texte recommande d'instituer « une incrimination d'usage simple sanctionnée par une contravention ».

20 juillet 2011

Loi n° 2011-867 relative à l'organisation de la médecine du travail : création de l'article L. 4622-2 du Code du travail fixant les missions des services de santé, notamment pour « prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail ».

2 septembre 2011

L'offre et la cession au public de gamma-butyrolactone (GBL) est interdite par arrêté.

4 octobre 2011

Campagne d'information de la MILDT sur YouTube : « L'envers du décor ». Cette campagne veut interpeller les jeunes usagers et l'ensemble des citoyens sur leur responsabilité individuelle et collective face à la consommation des drogues.

Automne 2011

Lors des débats organisés à l'occasion de la primaire socialiste, François Hollande, futur candidat à l'élection présidentielle, se prononce pour un maintien de l'interdit de la consommation de cannabis en évitant la prison pour les consommateurs.

16 février 2012

Circulaire CRIM visant à « améliorer le traitement judiciaire de l'usage de produits stupéfiants », en systématisant les sanctions pénales pour les consommateurs. Pour les usagers non dépendants, elle préconise d'éviter les classements sans suite, de limiter les mesures de rappel à la loi et de favoriser le recours aux stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants et à l'ordonnance pénale délictuelle. Pour les usagers dépendants, elle recommande d'orienter la réponse pénale vers l'injonction thérapeutique, à tous les stades de la procédure pénale (à la fois comme alternative aux poursuites et comme modalité d'exécution d'une peine).

28 février 2012

Le décret n° 2012-284 fixe la présence obligatoire d'un éthylotest dans « chaque véhicule terrestre à moteur à l'exception des cyclomoteurs » à compter du 1er juillet 2012. La sanction du défaut de possession d'un éthylotest par le conducteur est fixée au 1er novembre 2012, puis reporté au 1er mars 2013 par le décret n° 2012-1197 du 29 octobre. Le 24 janvier 2013, Manuel Valls, ministre de l'Intérieur, annonce le report sine die de cette obligation.

27 avril 2012

Après la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 de renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, le décret n° 2012-597 précise l'organisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), qui remplace l'AFSSAPS.

Juin 2012

Quelques semaines après sa nomination comme Premier ministre, Jean-Marc Ayrault indique, à la suite des déclarations de Cécile Duflot, ministre de l'Égalité des territoires et du Logement, qu'il n'y aura pas de dépénalisation du cannabis. Ce principe est réaffirmé en octobre lorsque le ministre de l'Éducation, Vincent Peillon, se déclare pour l'ouverture d'un débat sur le sujet.

12 juillet 2012

Rendu public, en présence de Laurence Cohen, sénatrice rapporteur sur les crédits de la MILDT, de la charte « Pour une autre politique des addictions », signée par diverses associations et des professionnels du champ.

27 juillet 2012

Arrêté de classement comme stupéfiants d'une liste de substances dérivées de la cathinone.

14 septembre 2012

Décret de nomination de Danièle Jourdain-Menninger à la présidence de la MILDT. Sa lettre de mission, adressée par le Premier ministre le 17 octobre, fixe les termes du prochain plan 2013-2015 portant sur le tabac, l'alcool, les médicaments psychotropes et les stupéfiants, et prend en compte la polyconsommation, la pratique du dopage et les addictions sans substance.

19 septembre 2012

Circulaire, dite « Taubira », d'orientation de la politique pénale. Elle insiste sur le principe d'individualisation des décisions de justice, en rappelant que « le recours à l'incarcération doit être limité aux situations qui l'exigent strictement ». Elle recommande par ailleurs de faire de l'aménagement des peines d'emprisonnement une priorité de politique pénale et de limiter le recours aux peines planchers.

22 novembre 2012

Les pharmacies sont autorisées par arrêté à vendre des éthylotests.

Novembre 2012

Aux États-Unis, le principe d'une consommation de cannabis à des fins personnelles est approuvé par référendum dans deux États (Washington et Colorado), mais est toujours interdit au plan fédéral. Ce vote crée une situation juridique inédite : en théorie, une telle légalisation est impossible pour les pays signataires des conventions internationales.

11 décembre 2012

Le Conseil des ministres de l'Union européenne adopte la nouvelle stratégie antidrogue (2013-2020) ayant pour objectif de fournir un cadre cohérent pour l'adoption de mesures préventives et répressives permettant la réduction de l'offre et de la demande de drogues.

5 février 2013

Les services du Premier ministre annoncent avoir donné leur accord à la ville de Paris pour engager l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque. La MILDT est chargée par la ministre de la Santé d'accompagner la Ville de Paris, en lien avec les ministères concernés, dans ses travaux préparatoires. Ce projet doit être mené dans le cadre de la loi de santé publique de 2004 qui définit la politique de réduction des risques.

14 février 2013

Une circulaire conjointe de la MILDT et du ministère de l'Intérieur annonce la régionalisation des financements du réseau territorial.

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Qui est l'OFDT ?

Créé en 1993, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies est un groupement d'intérêt public qui a pour objet d'éclairer les pouvoirs publics, les professionnels du champ et le grand public sur le phénomène des drogues et des addictions. Il rassemble, via son dispositif permanent d'observation et d'enquêtes, des informations provenant de sources différentes et scientifiquement validées sur les substances licites comme illicites. Il fait également l'analyse et la synthèse des données dispersées relatives aux drogues issues de différentes sources. Il est en mesure d'apporter un concours méthodologique à la préparation et au suivi des travaux d'évaluation du plan gouvernemental. Il renseigne et documente de multiples questions dans le domaine des substances psychoactives et des dépendances. Qui consomme et comment ? Quels produits ? Quels dommages sanitaires et sociaux les usages occasionnent-ils ? Quelles sont les opinions et les perceptions sur les drogues ? Quelles réponses publiques sont apportées au phénomène ? Comment évoluent les marchés ? Depuis 2010, l'OFDT travaille également sur les jeux de hasard et d'argent.

L'OFDT est l'un des relais nationaux de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), agence de l'Union européenne basée à Lisbonne, qui a pour mission de fournir des informations objectives fiables et comparables au niveau européen sur le phénomène des drogues illicites et des toxicomanies et leurs conséquences (www.emcdda.eu.int/).

Comment fonctionne-t-il ?

Les missions de l'Observatoire sont assurées par une équipe de spécialistes et des chercheurs issus de différentes disciplines (démographie, épidémiologie, économie, médecine, sociologie, statistique) et de personnel administratif et technique. Cette équipe est dirigée par Maud Pousset, nommée en 2011 par le conseil d'administration.

L'Observatoire appuie son action sur un collège scientifique, présidé depuis 2012 par Bruno Falissard, composé de personnalités nommées à titre personnel aux compétences reconnues dans les domaines entrant dans les missions de l'OFDT.

Le conseil d'administration de l'OFDT est présidé par François Bourdillon, élu en 2013. Il regroupe les représentants de l'État à travers les différents ministères concernés par la lutte contre les drogues et les toxicomanies et la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) ainsi que des personnes morales de droit public et privé. Le financement de l'Observatoire repose principalement sur la subvention pour charges de service public versée par la MILDT et sur des crédits européens

Production, analyse, synthèse et valorisation des connaissances

Les travaux d'études et de recherches de l'OFDT sont valorisés par des publications ou des mises en ligne sur Internet, sur son site www.ofdt.fr.

Il s'agit notamment de ses grandes enquêtes menées auprès de la population générale (ESCAPAD, EROPP) et de son analyse annuelle des évolutions constatées parmi les populations d'usagers, sur la base d'un dispositif national de veille (TREND - SINTES).

Chaque année, l'OFDT publie *Drogues, chiffres clés* un document rassemblant les données chiffrées les plus récentes. L'OFDT édite *Tendances*, une lettre mettant à la disposition des décideurs, chercheurs et professionnels les connaissances les plus récentes dans le domaine des drogues et des toxicomanies. Il publie deux fois par an *Drogues, enjeux internationaux* sur les questions posées par l'offre de drogues et les trafics internationaux de substances illicites.

Plusieurs bases de données sont également accessibles depuis le site de l'OFDT dont la base législative et ODICER (Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions).

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : 33+(0)1 41 62 77 16
Fax : 33+(0)1 41 62 77 00

Directrice : Maud Pousset
www.ofdt.fr
ofdt@ofdt.fr

Citation recommandée

OFDT, *Drogues et addictions, données essentielles*, Saint-Denis, OFDT, 2013, 399 pages.

Crédits photographiques (couverture)

© Ademoeller - Fotolia.com
© Chris-m - Fotolia.com
© Frédérique Million (OFDT)
© Jiri Hera - Fotolia.com
© Orlando Bellini - Fotolia.com
© TheMomentIWakeUp - Fotolia.com

 ISBN : 978-2-11-128270-4

La question des drogues et des addictions est tout à la fois complexe et ardemment débattue. Afin de l'appréhender au mieux, il est indispensable de pouvoir s'appuyer sur des connaissances précises et validées, partagées par tous. À cet effet, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies produit régulièrement un ouvrage de synthèse. *Drogues et addictions, données essentielles* en constitue la sixième édition. Ce travail collectif de l'équipe de l'OFDT traite des produits licites et illicites et, pour la première fois, des jeux de hasard et d'argent.

Construit pour permettre une lecture linéaire ou sélective, cet état des lieux analyse les grandes thématiques transversales : consommations et opinions, contextes et usagers, problèmes sanitaires et sociaux, prévention, problèmes judiciaires et marchés. Il aborde également le cadre légal avant de détailler ces différents domaines pour chacune des substances (alcool, tabac, cannabis, cocaïne, héroïne, nouveaux produits de synthèse, etc.) et de traiter des jeux de hasard et d'argent. À chaque fois, l'ouvrage mobilise les données les plus récentes, retrace les évolutions et fournit des éléments de comparaison au plan européen quand ils sont disponibles. Une synthèse générale reprend les points forts de l'analyse.

Drogues et addictions, données essentielles propose au lecteur professionnel mais aussi au non-spécialiste des éléments de réponse à quelques questions clés :

- Combien de personnes consomment des drogues licites ou illicites en France ? Combien y a-t-il de joueurs problématiques ?
- Qui sont les usagers ? Quels sont les consommateurs en difficulté ?
- Quel est l'état de l'offre ?
- Quels sont les dommages sanitaires, sociaux et judiciaires liés à ces usages ?
- Quelles réponses sont apportées au phénomène ?

À chaque fois, l'ouvrage mobilise les données les plus récentes, retrace les évolutions et fournit des éléments de comparaison au plan européen quand ils sont disponibles. Une synthèse générale reprend les points forts de l'analyse.

Drogues et addictions,
données essentielles



Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

www.ofdt.fr

ISBN : 978-2-11-128270-4